

**ZLECENIE NA ZABIEGI  
DOKONYWANE PRZEZ  
FELCZERÓW-PIELĘGNIARKI**

pieczęć zakładu leczniczego

Nazwisko i imię chorego .....

.....

Adres .....

Rodzaj zabiegu .....

w gabinecie .....

w domu chorego \*

Nazwa leku - dawka .....

Liczba zabiegów .....

\*) Niepotrzebne skreślić  
Mz|Pom-4

.....  
data, pieczęć i podpis lekarza

Data

Wykonanie zabiegu

Uwagi

Po dokonaniu zabiegu dołączyć  
do karty chorego