Szpital Wojewódzki
im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego
w Łomży

**Zał. nr 1 do Zarz. 177/2025**

**ZGŁOSZENIE**

**DODATKOWEJ OPIEKI PIELĘGNACYJNEJ NAD PACJENTEM**

I. Dane osoby sprawującej dodatkową opiekę pielęgnacyjną:

Imię i nazwisko .....
Adres ..... .....

Telefon kontaktowy.....

II. Dodatkowa opieka pielęgnacyjna sprawowana nad pacjentem:

Imię i nazwisko pacjenta .....
Oddział szpitalny .....
Okres sprawowania opieki .....

III. Potwierdzam zapoznanie się z Regulaminem dodatkowej opieki pielęgnacyjnej obowiązującym w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży i zobowiązuję się go przestrzegać.

Czytelny podpis osoby sprawującej dodatkową
opiekę pielęgnacyjną