

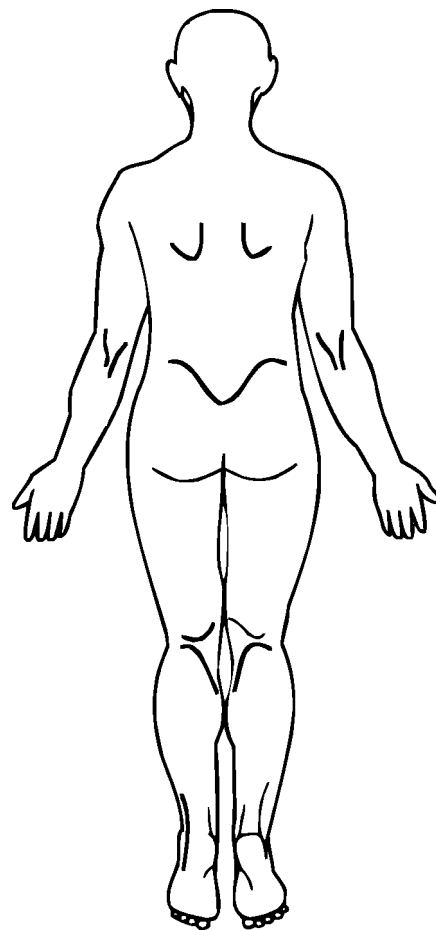
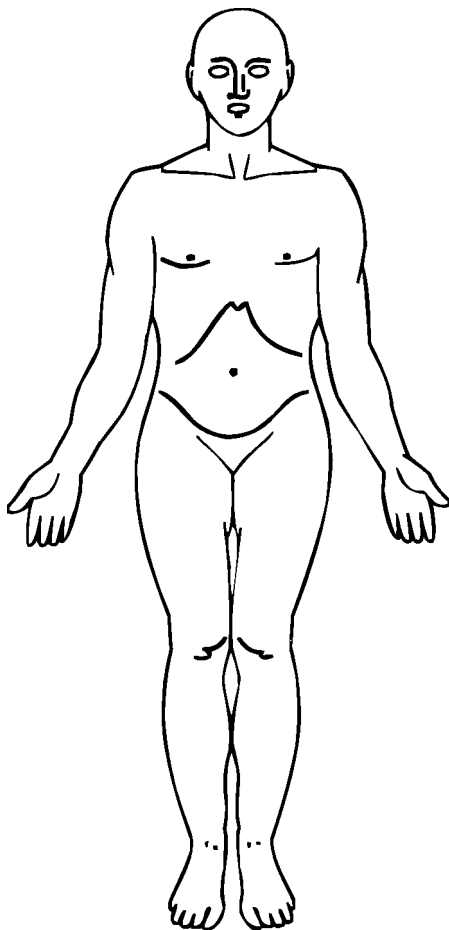
Szanowny Pan/Pani Doktor

Prosimy o wypełnienie, jeżeli u kierowanego do Nas pacjenta występują odleżyny

Szpital/ZOZ Oddział.....

Nazwisko imię

Lokalizacja odleżyny



Dane dodatkowe

Stopień (I-V)

Infekcja

Odór

Ból

Krwawienie

.....
(data, podpis i pieczęć lekarza)