



Centrum Medyczne
Platany

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA	
DATA URODZENIA	
DATA I GODZINA ROZPOCZĘCIA BADANIA	
DATA I GODZINA ZAKOŃCZENIA BADANIA	
CIŚNIENIE TĘTNICZE KRWI PRZED ROZPOCZĘCIEM BADANIA	
PRZEBIEG DNIA – DZIENNIK AKTYWNOŚCI	
GODZINA	WYKONYWANE CZYNNOŚCI

PODPIS PIEŁĘGNIARKI ROZPOCZYNAJĄCEJ BADANIE

PODPIS PIEŁĘGNIARKI ZAMYKAJĄCEJ BADANIE

PODPIS PACJENTA