

PROPUSTKA

(je součástí zdravotnické dokumentace pacienta)

V rámci hospitalizace na lůžkovém oddělení KHN a.s. povolují:

Panu/í: Rodné číslo:

Dg:

V době od (datum, čas): do

Pobyt mimo zdravotnické zařízení KHN a.s.

Prohlášení pacienta:

Beru na vědomí, že i během pobytu mimo KHN a.s., jsem povinen/a dodržovat léčebný řád, a že v opačném případě budu nést následky vzniklé jeho porušením. V případě jakýchkoliv zdravotních potíží se dostavím zpět na oddělení.

Byla mi předána naordinovaná medikace ☐ ANO ☐ NE

Podpis pacienta:

Schválil lékař:

Telefonní kontakt na oddělení:

Návrat pacienta (datum, čas):

Jmenovka/podpis sestry: