

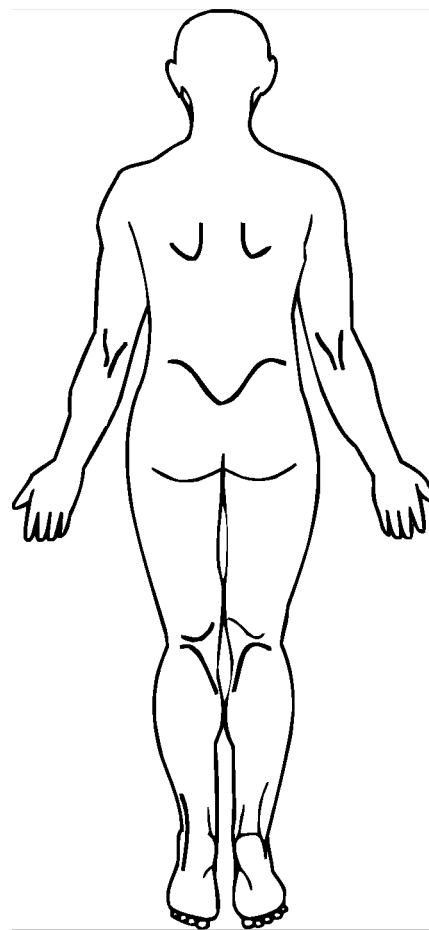
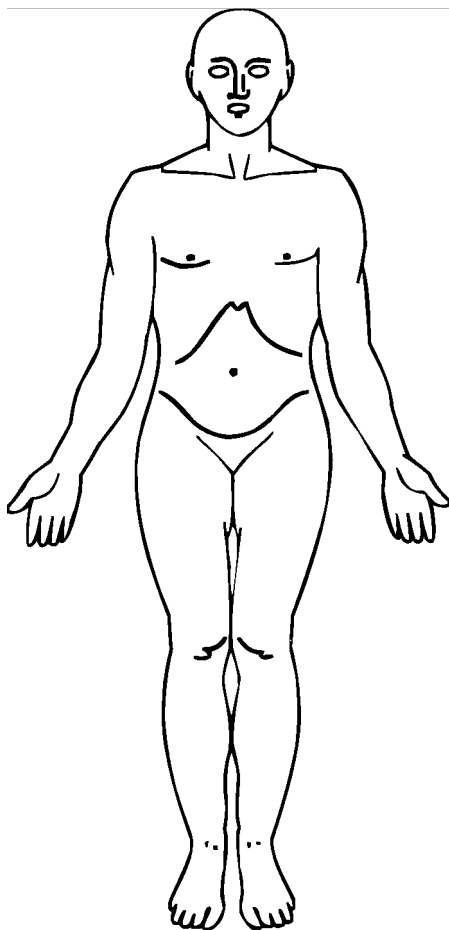
Szanowny Pan/Pani Doktor

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)