Załącznik nr 2 z dnia 10.10.2016r.
do REGULAMIN DEPOZYTU WARTOŚCIOWYCH
RZECZY PACJENTÓW ORAZ MAGAZYNU RZECZY CHORYCH

„POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO" W FORMIE SAMOKOPIUJĄCYCH DRUKÓW LUB DRUKOWANE Z SYSTEMU POWINNO ZAWIERAĆ CO NAJMNIEJ (przykład poniżej) :

Szpital Wojewódzki im. dr. Ludwika Rydygiera w Suwałkach
ul. Szpitalna 60; 16-400 Suwałki
Izba Przyjęć / SOR

POTWIERDZENIE ODBIORU RZECZY CHOREGO

Oddział:	
Imię i nazwisko:	
Nr PESEL	
Data przyjęcia do szpitala	

Przekazał (a) na przechowanie następujące rzeczy :

Nazwa odzieży	ilość	Stopień zanieczyszczenia	Nazwa odzieży	ilość	Stopień zanieczyszczenia
Biustonosz			Palto		
Bluza			Pasek		
Bluzka			Płaszcz		
Halka			Rajstopy		
Kalesony			Rękawiczki		
Kamizelka			Skarpetki		
Koszula			Spodnie		
Koszulka			Spódnica		
Krawat			Sukienka		
Kurtka			Sweter		
Majtki			Szalik		
Marynarka			Torba		
Nakrycie głowy					
Obuwie					

…….. …….
(podpis oddającego rzeczy chorego) *(podpis przyjmującego)*

Data wypisu lub zgonu: ……