

# PROCES PIELEGNOWANIA

NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ „HELMIED”  
44-330 JASTRZĘBIE ZDRÓJ UL. PROSTA 2  
NIP 633-160-04-41 REGON 273667913

Nazwisko i imię pacjenta.....

PESEL:.....

| DATA, PIECZĘĆ I PODPIS<br>PIELEGNIAKI | DIAGNOZA PIELEGNIARSKA;<br>PROBLEMY<br>PIELEGNACYJNO-<br>ZDROWOTNE | CEL DZIAŁANIA | PLAN DZIAŁANIA | REALIZACJA PLANU | OCENA |
|---------------------------------------|--|---------------|----------------|------------------|-------|
|                                       |  |               |                |                  |       |