Nowe Czarnowo, dn.

…….

Opinia lekarza do wniosku o przedłużenie pobytu pacjenta

Opiniuję pozytywnie/negatywnie* wniosek ……
w sprawie przedłużenia pobytu w Szpitalu Powiatowym w Gryfinie Sp. z o. o. – Zakładzie Pielęgnacyjno – Opiekuńczym Psychiatrycznym – Nowe Czarnowo dla Pana/ Pani* ……
……..

Po zbadaniu pacjenta/pacjentki* przedłużam pobyt o ……*
Nie przedłużam pobytu*

UZASADNIENIE

……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

……
/DATA, PODPIS LEKARZA OPINIUJĄCEGO /

- - niepotrzebne skreślić