



Ankieta wstępnej kwalifikacji / АНКЕТА ПОЧАТКОВОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ

Imię i nazwisko pacjenta / ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ:	
PESEL pacjenta / НОМЕР ПАСПОРТУ:	
Miejsce urodzenia pacjenta / МІСЦЕ НАРОДЖЕННЯПАЦІЄНТА:	
Imię i nazwisko matki: ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ МАТЕРИ/ PESEL:	
Imię i nazwisko ojca ІМ'Я ТА ПРИЗВИЩЕ БАТЬКА/ PESEL:	
Numer telefonu pacjenta/opiekuna ТЕЛЕФОННИЙ НОМЕР ПАЦІЄНТА АБО ОПІКУНА:	
Adres zamieszkania / АДРЕС ПРОЖИВАННЯ:	
Obywatelstwo/ ГРОМАДЯНСТВО	
Data przekroczenia granicy / дата перетину кордону:	

--

Podpis pacjenta/opiekuna
Підпис пацієнта/опікуна

BADANIE PIELEŃNIARKI / ОГЛЯД МЕДСЕСТРОЙ

TEMPERATURA CIAŁA / температура тіла	°C	Data badania / дата проведення тесту	
LICZBA ODDECHÓW / кількість вдихів	/min./ хвилина	Godzina badania / час обстеження	
SATURACJA /насичення (вимірюється пульсоксиметром)	%	Pieczętka i podpis pielęgniarki / Печатка та підпис медичної сестри	
UWAGI / зауваження :			