



### Formularz wykonanych czynności higienicznych Gabinety o charakterze diagnostyczno-zabiegowym

Oddział.....Gabinet.....rok 20...../miesiąc.....

DZIEŃ MIESIĄC	WYKONYWANE CZYNNOŚCI		
	CODZIENNIE		RAZ W TYGODNIU
	DYŻUR RANNY	DYŻUR POPOŁUDNIOWY	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			

.....  
Data i podpis kierownika obiektu

.....  
Data i podpis kierownika/pielęgniarki koordynującej