# HOLTER – OPIS CZYNNOŚCI WYKONYWANYCH PRZEZ PACJENTA

| | |
|---|---|
| ***Imię i nazwisko pacjenta*** (drukowanymi literami) | |
| ***Numer karty pacjenta*** | |
| **PESEL** **lub** numer dokumentu tożsamości | |
| ***Imię i nazwisko opiekuna prawnego*** (drukowanymi literami **jeśli dotyczy**) | |

Rozpoczęcie badania: Data…… Godzina ……

| GODZINA | OPIS CZYNNOŚCI I DOLEGLIWOŚCI | PRZYJMOWANE LEKI |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |