……………………………………..

 pieczątka zakładu opieki zdrowotnej

**HARMONOGRAM ŻYWIENIA PACJENTA**

**.................................................. .............................**

 **Imię i Nazwisko Pesel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Godzina** | **Preparat** | **Ilość** |
| **7.00** | **Nutrison MULTI FIBRE** | **200ml** |
| **8.00** | **Herbata/Płyn obojętny** | **50-100ml** |
| **10.00** | **Nutrison MULTI FIBRE** | **200ml** |
| **11.30** | **Herbata/Płyn obojętny** | **50-100ml** |
| **14.00** | **Nutrison MULTI FIBRE** | **200ml** |
| **15.30** | **Herbata/Płyn obojętny** | **50-100ml** |
| **18.00** | **Nutrison MULTI FIBRE** | **200ml** |
| **19.30** | **Herbata/Płyn obojętny** | **50-100ml** |
| **21.00** | **Nutrison MULTI FIBRE** | **200ml** |
| **22.00** | **Herbata/Płyn obojętny** | **50-100ml** |

 …………………………………………………

 pieczątka i podpis lekarza