*pieczątka podmiotu leczniczego*

**OCENA RYZYKA ZWIĄZANEGO ZE STANEM ODŻYWIENIA**

**(NUTRITIONAL RISK SCORE, NRS 2002)**

Imię, nazwisko świadczeniobiorcy…………………………………………………………………………….…………

Adres zamieszkania …………………………….………………………………………………………………………..

Numer PESEL ...................................................................................................................................................................



……………………………………. …………………………………………….

podpis i pieczęć lekarza leczącego podpis i pieczęć członka zespołu żywienia