

.....

Pieczęć placówki leczniczej

Lista leków zażywanych przez pacjenta

| Imię i nazwisko Pacjenta: | | | | | DATA:/...../..... | |
|---|------------|-------|---------------------|----------|-------------------------|-------|
| PESEL: | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Reakcje alergiczne na leki /nietolerancje lekowe (proszę wymienić): | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Brak alergii na leki/ nietolerancji lekowych <input type="checkbox"/> Nie wiem o istnieniu alergii na leki/ nietolerancji lekowych | | | | | | |
| LEKI WYDAWANE NA RECEPTĘ | | | | | | |
| Lp. | Nazwa leku | Dawka | Sposób przyjmowania | | | Uwagi |
| | | | Rano | Południe | Wieczór | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |
| 13 | | | | | | |
| 14 | | | | | | |
| 15 | | | | | | |
| LEKI BEZ RECEPTY I SUPLEMENTY DIETY (NP. WITAMINY, MINERAŁY, ZIOŁA) | | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |

.....

Podpis i pieczęć lekarza