

Data wpływu.....Data odbioru(do 7 dni).....

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI

Nazwisko i imię.....

Adres.....waga.....

PESEL.....wzrost.....

Nr telefonu.....

Oświadczam, że moje dolegliwości nie uległy nasileniu, leki toleruję dobrze. Proszę o przedłużenie dotychczas stosowanych leków

Lp.	Nazwa leku+ dawka	Dawkowanie	Ilość opakowań
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Przypominamy o konieczności dostarczenia aktualnego zaświadczenia od lekarza specjalisty. Zaświadczenie ważne jest 1 rok.

.....
podpis pacjenta