

Imię nazwisko, adres data ur.

Miejscowość, data.....

.....

.....

.....

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

Wykaz leków:

l.p	Nazwa leku (prosimy wypełniać wszystkie okienka)	Wielkość leku	Ilość tabletek w opakowaniu	Dawkowanie	Ilość opakowań
Na ile miesięcy					

.....
Czytelny podpis pacjenta

Imię nazwisko, adres data ur.

Miejscowość, data.....

.....

.....

.....

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

Wykaz leków:

l.p	Nazwa leku (prosimy wypełniać wszystkie okienka)	Wielkość leku	Ilość tabletek w opakowaniu	Dawkowanie	Ilość opakowań
Na ile miesięcy					

.....
Czytelny podpis pacjenta