

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O LEKACH ZAŻYWANYCH PRZEZ CHOREGO*

Nazwisko i imię

PESEL.....

Data urodzenia.....

Zamieszkały(a).....

*PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE

ZALECONE LEKI:

Nazwa leku	Dawkowanie			Data	Podpis i pieczęć lekarza	Uwagi
	Rano	W południe	Wieczorem			
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

.....

(Pieczęć przychodni)

.....

(pieczęć , podpis lekarza

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.

„Niesprawność nie musi być barierą - kompleksowe działania opiekuńcze dla osób 60 +. Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.05-24-05E2/1