

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, data)

Hospicjum Sosnowieckie im. Św. Tomasza Ap.
„Usługi społeczne dla osób niesamodzielnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-
Psychologicznego”

Projekt współfinansowany ze środków
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego
Nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.01-24-02E2/19