

Trwałość projektu: Razem możemy lepiej – program wsparcia dla osób niesamodzielnych i ich opiekunów” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE O LEKACH ZAŻYWANYCH PRZEZ CHOREGO*

Nazwisko i imię.....

PESEL.....Data urodzenia.....

Zamieszkały(a).....

***PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE**

Zalecane 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 , podpis lekarza, data)

.....
Pieczęćka przychodni