

Trwałość projektu „Rozwój usług społecznych i zdrowotnych w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznym” współfinansowanego 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)

.....  
Pieczęć przychodni