

# 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 niesamodzielných w Zagłębiowskim Centrum Wsparcia Opiekuńczo-Rehabilitacyjno-Psychologicznego”

TRWAŁOŚĆ