....................................................

Imię i nazwisko pacjenta

....................................................

PESEL pacjenta

....................................................

Adres zamieszkania

**WYKAZ PRZYJMOWANYCH LEKÓW**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych** | **Postać leku** | **Dawkowanie** |
| **1.** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |

 **..................................................**

(data i podpis pacjenta lub

 opiekuna prawnego)