

Zapotrzebowanie na leki przewlekle przyjmowane w SP ZOZ w Cekcynie

Imię i nazwisko:.....data urodzenia/PESEL: .....

Adres:.....**Nr telefonu komórkowego**.....

Proszę o wypisanie leków na **4/ 6/ 12 miesięcy** (właściwe zaznaczyć).

Kody do recept są odsyłane drogą SMS na podany numer w ciągu 1-7 dni roboczych.

Oświadczam, że leki te są przyjmowane na stałe z powodu schorzeń przewlekłych. Mój stan zdrowia jest stabilny, w razie pogorszenia stanu zdrowia skontaktuję się z lekarzem.

	Nazwa leku	Dawka	Dawkowanie	Ilość opakowań
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

.....  
Data, podpis pacjenta

Zapotrzebowanie na leki przewlekle przyjmowane w SP ZOZ w Cekcynie

Imię i nazwisko:.....data urodzenia/PESEL: .....

Adres:.....**Nr telefonu komórkowego**.....

Proszę o wypisanie leków na **4/ 6/ 12 miesięcy** (właściwe zaznaczyć).

Kody do recept są odsyłane drogą SMS na podany numer w ciągu 1-7 dni roboczych.

Oświadczam, że leki te są przyjmowane na stałe z powodu schorzeń przewlekłych. Mój stan zdrowia jest stabilny, w razie pogorszenia stanu zdrowia skontaktuję się z lekarzem.

	Nazwa leku	Dawka	Dawkowanie	Ilość opakowań
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

.....  
Data, podpis pacjenta