

ZASWIADCZENIE LEKARSKIE O LEKACH ZAŻYWANYCH PRZEZ CHOREGO

Nazwisko i imię

PESEL

Data urodzenia

Adres

ZALECONE LEKI

NAZWA LEKU		DAWKOWANIE			DATA	UWAGI
1.		Rano	Południe	Wieczór		
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						

.....
(pieczęćka przychodni)

.....
(data, pieczęć i podpis lekarza)

