

Imię:..... Nazwisko:.....

Pesel:.....

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leków	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			

.....

Podpis i pieczęć lekarza