

**Aktualny wykaz leków zażywanych na stałe przez pacjenta
ubiegającego się o przyjęcie do
Zakładu Pielęgnacyjno-Opiekuńczego Szpitala Powiatowego w Pszczynie**

Imię i nazwisko, PESEL pacjenta:

L.p.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			

.....
Data, podpis i pieczętka lekarza rodzinnego