

Informacje dodatkowe dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

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

Informacje dodatkowe dla Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego

Lp.	Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych	Numer telefonu świadczeniodawcy
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

.....
Data, podpis i pieczęć