

SPZOZ ŁASKARZEW
UL. DUŻY RYNEK 32
08-450 ŁASKARZEW
TEL. 25 684 50 17

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

NUMER TELEFONU:

POSIADAM INTERNETOWE KONTO PACJENTA (IKP): TAK / NIE

WAGA:

WZROST:

Lp	LEK NAZWA*	LEK DAWKA*	DAWKOWANIE*	IŁOŚĆ OPAKOWAŃ*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Upieram się o przedłużenie recepty na leki z powyższej listy, które stosuję przewlekłe.
Data ostatniej wizyty u lekarza POZ nie przekracza 3 miesięcy.

DATA I PODPIS

* - Proszę wypełnić drukowanymi literami

SPZOZ ŁASKARZEW
UL. DUŻY RYNEK 32
08-450 ŁASKARZEW
TEL. 25 684 50 17

IMIĘ I NAZWISKO:

DATA URODZENIA:

NUMER TELEFONU:

POSIADAM INTERNETOWE KONTO PACJENTA (IKP): TAK / NIE

WAGA:

WZROST:

Lp	LEK NAZWA*	LEK DAWKA*	DAWKOWANIE*	IŁOŚĆ OPAKOWAŃ*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				

Upieram się o przedłużenie recepty na leki z powyższej listy, które stosuję przewlekłe.
Data ostatniej wizyty u lekarza POZ nie przekracza 3 miesięcy.

DATA I PODPIS

* - Proszę wypełnić drukowanymi literami