

Imię i nazwisko.....PESEL.....

Adres zamieszkania.....Nr telefonu.....

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego.....

Lp.	NAZWA LEKU	DAWKA LEKU	ILOŚĆ OPAKOWAŃ	ILOŚĆ PRZYJMOWANYCH TABLETEK		
				RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

Czy chory jest pod opieką poradni Jakiej:
specjalistycznej: TAK/NIE

Data kolejnej wizyty u specjalisty:

Ciepłota ciała..... Ciśnienie tętnicze..... Poziom cukru-..... Waga..... Wzrost.....

Uwagi