

.....  
(pieczęć przychodni lub indywidualnej praktyki lekarskiej lub  
gabinetu lekarskiego)

Imię i nazwisko .....

Nr PESEL .....

Adres zamieszkania .....

**Podstawowa choroba**.....

Dawkowanie leków :

| Lp. | Nazwa leku | Dawka | Dawkowanie |
|-----|------------|-------|------------|
| 1.  |            |       |            |
| 2.  |            |       |            |
| 3.  |            |       |            |
| 4.  |            |       |            |
| 5.  |            |       |            |
| 6.  |            |       |            |
| 7.  |            |       |            |
| 8.  |            |       |            |
| 9.  |            |       |            |
| 10. |            |       |            |
| 11. |            |       |            |
| 12. |            |       |            |
| 13. |            |       |            |

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis i pieczęć lekarza