Pieczęć przychodni

ZLECENIE NA PODAWANIE LEKÓW
UCZESTNIKOWI PRZEBYWAJĄCEMU W CAŁODOBOWEJ OPIECE WYTCHNIENIOWEJ

Dane pacjenta:
Imię i nazwisko ….....

PESEL ….....

Nazwa leku	**Dawkowanie**			**Uwagi**
	Rano	**Południe**	**Wieczór**	

.....
Data, podpis i pieczęć lekarza zlecającego