

## INFORMACJE

.....  
Imię i nazwisko pacjenta

.....  
PESEL pacjenta

.....  
Adres zamieszkania

W związku z wyrażoną zgodą na moje przyjęcie do Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego Psychiatrycznego przy ZOL w Knurowie informuję, że:

- Obecnie pozostaję / mój podopieczny/a \* pozostaje pod opieką lekarza podstawowej opieki zdrowotnej:

.....  
(Nazwa i adres podmiotu leczniczego, tel.)

## WYKAZ PRZYJMOWANYCH LEKÓW

Lp.	Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w schorzeniach przewlekłych	Postać leku	Dawkowanie

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(podpis pacjenta/przedstawiciela ustawowego)