

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)