

LISTA AKTUALNIE PRZYJMOWANYCH LEKÓW, SUPLEMENTÓW DIETY, WITAMIN I ZIOŁ

Szanowni Państwo!

Z uwagi na ryzyko występowania szkodliwych dla zdrowia interakcji lekowych prosimy o wpisanie wszystkich przyjmowanych przez Państwa środków leczniczych (leków, suplementów diety, witamin, ziół itd.) zarówno zleconych na receptę, jak i tych przyjmowanych samodzielnie (bez zlecenia).

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	

NAZWA ŚRODKA (LEKU / SUPLEMENTU DIETY / WITAMIN / ZIOŁ)	❖ DAWKA (np. mg/ml, g, mg, µg itd.) ❖ POSTAĆ LEKU (np. tabl., kaps., syrop, krople, maść, czopek)	ILE RAZY DZIENNIE I O KTÓREJ GODZINIE PRZYJMOWANY JEST LEK (np. 1 x dziennie o godz. 7:00)	UWAGI — przez kogo zlecony (np. kardiolog), — od kiedy przyjmowany, — objawy uboczne	UWAGI LEKARZA WCO
---	--	---	--	--------------------------

ŚRODKI LECZNICZE (LEKI, SUPLEMENTY, WITAMINY, ZIOŁA ITD.) **ZLECONE PRZEZ LEKARZA**

1.	Dawka: Postać:			
2.	Dawka: Postać:			
3.	Dawka: Postać:			
4.	Dawka: Postać:			
5.	Dawka: Postać:			
6.	Dawka: Postać:			
7.	Dawka: Postać:			
8.	Dawka: Postać:			

ŚRODKI LECZNICZE (LEKI, SUPLEMENTY, WITAMINY, ZIOŁA ITD.) STOSOWANE SAMODZIELNIE (BEZ ZLECENIA LEKARZA)

9.	Dawka: Postać:			
10.	Dawka: Postać:			

NAZWA ŚRODKA (LEKU / SUPLEMENTU DIETY / WITAMIN / ZIÓŁ)	❖ DAWKA (np. mg/ml, g, mg, µg itd.) ❖ POSTAĆ LEKU (np. tabl., kaps., syrop, krople, maść, czopek)	ILE RAZY DZIENNIE I O KTÓREJ GODZINIE PRZYJMOWANY JEST LEK (np. 1 x dziennie o godz. 7:00)	UWAGI — przez kogo zlecony (np. kardiolog), — od kiedy przyjmowany, — objawy uboczne	UWAGI LEKARZA WCO
11.	Dawka: Postać:			
12.	Dawka: Postać:			
13.	Dawka: Postać:			
14.	Dawka: Postać:			

Czy jest Pan/Pani uczulony/a na lek? Jeżeli tak, to na jaki?

.....
.....

Uwagi lekarza prowadzącego

.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data i podpis pacjenta

.....
Data i podpis lekarza prowadzącego