



**LISTA LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ KLIENTA**  
(W OKRESIE CO NAJMNIEJ OSTATNICH DWÓCH MIESIĘCY)

.....  
Imię i Nazwisko Klienta

| Lp. | NAZWA LEKU | DAWKOWANIE LEKU |
|-----|------------|-----------------|
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |
|     |            |                 |

Miejscowość .....Data.....

.....  
Podpis i pieczęć lekarza

.....  
**Podpis Klienta lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego**