

....., dnia202..... r.,

**Zaświadczenie o przepisanych przez lekarza lekach oraz sposobie ich przyjmowania
przez Mieszkańca COM Reguły**

Zwracam się z prośbą o wypisanie w poniższej tabeli leków przyjmowanych przez osobę zgłaszającą się na pobyt dzienny/ całodobowy do Centrum Opiekuńczo-Mieszkalnego Reguły. Zaświadczenie jest niezbędne do wydawania leków przez Opiekuna medycznego w trakcie pobytu mieszkańca w placówce.

.....

Imię

.....

Nazwisko

..... lat

wiek

I.p.	Nazwa leku	dawka	Rano	Południe	Wieczór
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

.....
Pieczęć podmiotu leczniczego

.....
Podpis i pieczęć lekarza