Dane pacjentki / pacjenta:

Imię ……………………………………………………

Nazwisko ……………………………………………………

PESEL ……………………………………………………

ADRES E-MAIL ……………………………………………………

TELEFON KONTAKTOWY DO PACJENTKI LUB OPIEKUNÓW (gdy < niż 18 lat)

……………………………………………………

LEKI PRZYJMOWANE NA STAŁE LUB AKTUALNIE

→ NAZWA WŁASNA

→ DAWKA NA OPAKOWANIU

→ ILOŚĆ PRZYJMOWANYCH TABLETEK/MILILITRÓW LEKU

→ ILE RAZY DZIENNIE I O JAKICH PORACH

→ OKOLICZNOŚCI (PRZED POSIŁKIEM? PO POSIŁKU? BEZ ZNACZENIA?)

→ KTO PRZEPISAŁ (Z JAKIEGO POWODU? SPECJALISTA?)

1. …………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………

4. …………………………………………………………………………

5. …………………………………………………………………………

6. …………………………………………………………………………

7. …………………………………………………………………………

8. …………………………………………………………………………

9. …………………………………………………………………………

10. …………………………………………………………………………

SUPLEMENTY / WITAMINY / INNE PREPRARATY PRZYJMOWANE AKTUALNIE

→ NAZWA WŁASNA

→ EW. DAWKA NA OPAKOWANIU

→ ILOŚĆ PRZYJMOWANYCH TABLETEK/MILILITRÓW

→ ILE RAZY DZIENNIE I O JAKICH PORACH

→ OKOLICZNOŚCI (PRZED POSIŁKIEM? PO POSIŁKU? BEZ ZNACZENIA?)

1. …………………………………………………………………………

2. …………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………

4. …………………………………………………………………………

5. …………………………………………………………………………

6. …………………………………………………………………………

7. …………………………………………………………………………

8. …………………………………………………………………………

9. …………………………………………………………………………

10. …………………………………………………………………………

CHOROBY PRZEWLEKŁE:

OPIEKA SPECJALISTYCZNA:

UCZULENIA NA LEKI **(JEŚLI TAK, TO NA PODSTAWIE JAKICH OBJAWÓW / BADAŃ / WYDARZEŃ ROZPOZNANE?)**

UCZULENIA INNE **(JEŚLI TAK, TO NA PODSTAWIE JAKICH OBJAWÓW / BADAŃ / WYDARZEŃ ROZPOZNANE?)**

HOSPITALIZACJE **[JEŚLI TAK, TO KIEDY? GDZIE (SZPITAL, ODDZIAŁ)? Z JAKIEGO POWODU?]**

PIERWSZA MIESIĄCZKA?

OSTATNIA MIESIĄCZKA?

DATA PODPIS PACJENTKI / PACJENTA LUB OPIEKUNA GDY < 18 LAT