LISTA LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ PENSJONARIUSZA
(W OKRESIE, CO NAJMNIEJ OSTATNICH DWÓCH MIESIĘCY)

…….
Imię i Nazwisko Pensjonariusza, Pesel

L.P.	NAZWA LEKU	DAWKOWANIE LEKU

Miejscowość ……

Data ……. …….....
Podpis Pensjonariusza
lub opiekuna faktycznego/przedstawiciela ustawowego