

LEKI WŁASNE PACJENTA**OŚWIADCZENIE**

Dane identyfikujące pacjenta

Podanie produktu leczniczego stanowiącego własność pacjenta, potwierdzając właściwe przechowywanie preparatu.

Imię

Nazwisko

PESEL

.....
Data i podpis pacjenta/opiekuna/członka rodziny**WYKAZ**

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Postać np. tabletki, ampułki, syrop	Uwagi lekarza	Przyjęto-ilość	Zwrócono-ilość
					Data i podpis przyjmującego	Data i podpis odbierającego
				
				

Uwagi:.....
.....