

**KARTA INFORMACJI DEKLAROWANYCH PRZEZ PACJENTA**

Imię: .....	Nazwisko: .....
PESEL.....	Nr Ks. Gł. ....

<b>UCZULENIA</b> (np. leki, pokarmy, itp.)

Nazwa produktu leczniczego /leku	Dawka i postać leku (np. tabletki, kapsułki, krople, maść, czopki)	Sposób przyjmowania	Uwagi (np. kto przepisał dany lek -np. lekarz rodzinny)

<b>Stosowane samodzielnie witaminy i zioła, suplementy diety</b>			

<b>Choroby współistniejące</b> (np. cukrzyca, nadciśnienie, choroba wieńcowa)

\_\_\_\_\_

Data

\_\_\_\_\_

Podpis pacjenta