***Załącznik nr 5***

**LISTA LEKÓW PRZYJMOWANYCH PRZEZ PENSJONARIUSZA**

**w okresie co najmniej ostatnich dwóch miesięcy przed przyjęciem DO DOMU OPIEKI CAŁODOBOWEJ ZIELONE ZACISZE Tryszczyn Sp. z o.o.**

Imię i nazwisko Pensjonariusza: PESEL:

…………………………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa handlowa leku** | **Substancja czynna** | **Dawkowanie** | **Recepta[[1]](#footnote-1)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

TRYSZCZYN,………………………… ……………………………………….

 Miejscowość, data Podpis Pensjonariusz/Opiekun prawny

1. TAK/NIE [↑](#footnote-ref-1)