



SPZOZ MSWiA WE WROCŁAWIU ul. Ołbińska 32, 50-233 Wrocław
Regon: 930856126 NIP: 898-18-03-575
PRZYCHODNIA MSWiA we Wrocławiu ul. Grabiszyńska 35-39

email: przychodniawroclaw@spzozmswia.wroclaw.pl

Imię i nazwisko pacjenta.....

WAGA:

PESEL.....

WZROST:

TAK

Adres

PALENIE TYTONIU:

NIE

ZAPOTRZEBOWANIE NA RECEPTY

ZGŁASZAM ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI:

NAZWA I POSTAĆ LEKU (DUŻYMI LITERAMI)	DAWKA	DZIENNE ZUŻYCIE ILOŚĆ TABLETEK, ILOŚĆ JEDNOSTEK INSULINY PRZYJMOWANYC H JEDNEGO DNIA LUB ILOŚĆ PASKÓW DO GLUKOMETRU UŻYWANYCH W CIĄGU JEDNEGO DNIA	NA ILE MIESIĘCY WPISAĆ NA ILE MIESIĘCY LECZENIA MA WYSTARCZYĆ PRZEPISANY LEK- <u>DO 6 MIESIĘCY</u>	ILOŚĆ RECEPT NA ILU RECEPTACH MA BYĆ WYPISANA POTRZEBNA ILOŚĆ LEKU (PASKÓW)	UWAGI
POLPRIL- TABL.	np. 5 mg	np. 3 tabletki 1-1-1	np. 3 miesiące	np. 1 np. 2 np. 3	

Data Czytelny podpis pacjenta zgłaszającego zapotrzebowanie na leki

Recepty odbiorę osobiście/ recepty odbierze upoważniona przeze mnie osoba (niepotrzebne skreślić)

Data Czytelny podpis