



STALE PRZYJMOWANE LEKI I SUPLEMENTY

LP.	NAZWA LEKU/ SUPLEMENTU (W TYM: TABLETKI, ROZTWORY, ZASTRZYKI, KROPLE, MAŚCI) / Z DAWKĄ (WIDOCZNĄ NA OPAKOWANIU)	PRZYJMOWANA DZIENNA DAWKA LEKU/ SUPLEMENTU
PRZYKŁAD	PRZYKŁADOWY LEK XYZ 500 MG	PRZYKŁAD: 1 RAZ DZIENNIE

UCZULENIA

PODCZAS WIZYTY ZAPYTAĆ LEKARZA O:

**IMIĘ I NAZWISKO ORAZ NUMER TELEFONU
OSOBY, Z KTÓRĄ NALEŻY SKONTAKTOWAĆ SIĘ
W RAZIE POTRZEBY/ ICE (IN CASE OF EMERGENCY):**