

# ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO:	
ADRES:	
PESEL :	NR TEL:

## ANKIETA DOTYCZĄCA AKTUALNEGO STANU ZDROWIA

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X

Jak ocenia Pan/Pani swój stan zdrowia?

dobrze	dość dobrze	źle	bardzo źle
--------	-------------	-----	------------

Czy występują u Pana/Pani poniższe dolegliwości?

ból w klatce piersiowej

TAK	NIE
-----	-----

duszności

TAK	NIE
-----	-----

obrzęki kończyn

TAK	NIE
-----	-----

Czy doszło do nasilenia któregoś z objawów?

TAK	NIE
-----	-----

Czy odczuwa Pan/Pani jakieś inne dolegliwości?

TAK	NIE
-----	-----

Jeśli TAK, proszę je opisać:

Jakie jest ciśnienie tętnicze w spoczynku?

/	nie mierzę
---	------------

Jakie jest średnie tętno w spoczynku?

	nie mierzę
--	------------

Jaki jest poziom cukru na czczo?

	nie mierzę
--	------------

Jaki jest poziom cukru 2h po obiedzie?

	nie mierzę
--	------------

Czy chce Pan/Pani przekazać jeszcze jakies informacje odnośnie swojego zdrowia?

Oświadczam, że zamówione przeze mnie leki zapisywał mi dotychczas lekarz POZ z powodu chorób przewlekłych z zaleceniem stałego ich używania. Znam dawkowanie leków i zostałem poinformowany o sposobie i bezpieczeństwie ich stosowania.

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny, nie pogorszył się i nie zaszły żadne okoliczności uzasadniające konieczność odbycia wizyty lekarskiej, w związku z tym uzasadnione jest wypisanie recept na leki z pominięciem bezpośredniego badania lekarskiego. Ponadto, oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu.

	NAZWA LEKU (drukowanymi literami)	DAWKOWANIE	ILOŚĆ OPAKOWAŃ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

.....

Data i podpis pacjenta