

2. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

| L.p. | Nazwa leku przyjmowanego przez pacjenta w chorobach przewlekłych | Postać leku | Dawkowanie |
|------|--|-------------|------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

3. Informacje dodatkowe dla ZOL/ZPO

| L.p. | Nazwa świadczeniodawcy udzielającego pacjentowi świadczeń ambulatoryjnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej | Numer telefonu świadczeniodawcy |
|------|--|---------------------------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |

.....
data, podpis i pieczęć pielęgniarki