

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 jakieś 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