LUX MED Onkologia Sp. z o. o.
ul. Szamocka 6,
01-748 Warszawa
NIP: 1132883801; REGON: 360493191;
KRS: 0000536684

WYKAZ LEKÓW/ SUPLEMENTÓW DIETY PRZYJMOWANYCH PRZEZ PACJENTA

SYG.: FA/02/ZAŁ.02/2018 v 2
Obowiązuje od: 27/11/2023

Imię, nazwisko Pacjenta …… numer PESEL: ……..

Nazwa leku/ suplementu diety	Dawka i postać leku/ suplementu diety	Dawkowanie	Uwagi

……
*Imię i nazwisko Pacjenta/Opiekuna/Członka rodziny**
*(*niepotrzebne skreślić)*

……..…….……..
Data i czytelny podpis

Druk jest własnością LUX MED Onkologia Sp. z o. o. Kopiowanie i udostępnianie osobom trzecim bez zgody LUX MED Onkologia Sp. z o. o. jest zabronione.