**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

duszności 

obrzęki kończyn

**Czy doszło do nasilenia któregoś z objawów?**

**Czy odczuwa Pan/Pani jakieś inne dolegliwości?**

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