

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 jakies 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