INFORMACJA O AKTUALNYM STANIE ZDROWIA PACJENTA

Uprzejmie prosimy o wypełnienie poniższego formularza

IMIĘ I NAZWISKO DZIECKA :				
WYKAZ AKTUALNYCH CHORÓB PACJENTA				
NAZWA CHOROBY	ZAŻYWANE LEKI	DAWKOWANIE		
		RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
ALERGIE POKARMOWE (jakie?)				
UCZULENIA NA LEKI (jakie?)				

……. …….

Data Podpis rodzica/opiekuna