

Nazwisko i imię:

DOMOWA KARTA LEKÓW

Tel. lekarza: _____

Tel. pielęgniarki: _____

Przyjmowanych regularnie co 4 godziny

Data Lek/Postać Dawka	6 ⁰⁰	10 ⁰⁰	14 ⁰⁰	18 ⁰⁰	22 ⁰⁰	2 ⁰⁰	Cel

Przyjmowanych w różnych porach

Data Lek/Postać Dawka							

HOSPICJUM DOMOWE

NZOZ WSPARCIE Sp. z o.o. ul. Poniatowskiego 53/3, Jarosław 37-500

Tel: 16 621 84 28