

**MENO:** .....

Rodné číslo:.....

Zdravotná poisťovňa:.....

Rozpis užívania liekov				
Názov lieku	Ráno	Obed	Večer	Poznámka

Zoznam ambulancií, ktoré navštevujete	
Názov ambulancie	Meno lekára
obvodný lekár	
Psychiatria	
Urológia	
Zubný lekár	
Očný lekár	
Diabetológ	
Neurológ	
Ortopéd	
Internista	

Lieky užívam:                      SÁM\*                      TREBA CHYSTAŤ\*

Dieta: racionálna /normálna/\*                      šetriaca/žlčníková\*                      diabetická\*

Inkontinentné pomôcky:                      ÁNO \*                      NIE\*

**Kontaktná osoba - meno a číslo telefónu pre prípadnú potrebu:**

.....

e-mail.....

Meno, číslo telefónu a sídlo pohrednej služby, ktorú treba v prípade potreby zavolať

.....

\*súhlas vyjadrite zakrúžkovaním