



LP.	NAZWA LEKU	DAWKA (jednokrotna)	ILE RAZY DZIENNIE (wpisz liczbę)	PORA ZAŻYWANIA (postaw x we właściwym miejscu)		
				RANO	POŁUDNIE	WIECZÓR
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
Przyjmowane suplementy diety, witaminy i zioła:						
Moje alergie (m.in. na leki):						