

Моя медицинская информация

Мое имя _____

Дата рождения _____

Лекарства, которые я принимаю каждый день (перечислите, пожалуйста, все лекарственные препараты, витамины, биологически активные добавки).

Название препарата	Доза	Сколько раз в день назначен препарат, и связь с приемом пищи

Мое состояние здоровья (пожалуйста, перечислите хронические заболевания, по которым Вы принимаете постоянно указанные препараты).

Диагноз _____

Мои аллергические реакции (перечислите все аллергические реакции, включая лекарственные препараты, местные средства, пищевые продукты).

Я согласен, что препараты сдам медицинской сестре, и она будет мне их выдавать, т.к. хранение лекарств в палате не возможно.

ФИО и подпись моего законного представителя, т.к. я несовершеннолетний ребёнок, или моя с 15 лет.

Дата заполнения _____