W wolne miejsca poniżej wpisz wszystkie leki które przyjmujesz włączając w to leki na receptę, leki bez recepty, suplementy diety, witaminy, preparaty ziołowe. Należy pamiętać aby wykreślić leki , których już nie stosujesz. Wyrzuć wszystkie przeterminowane leki.

Moja Lista Leków

Nazwa leku	Na co jest stosowany	Nazwisko lekarza który wypisał lek	Kiedy i jak często przyjmujesz lek	Dawka	Kolor/kształt	Działania niepożądane / ostrzeżenia.

Nazwisko i telefon lekarza

_____

_____

_____

_____

_____

Nazwisko i telefon farmaceuty

_____

_____

W nagłym wypadku kontaktować się z:

Nazwisko:_____ Pokrewieństwo: _____

Numer telefonu:_____

C.I.L. © Copyright by INNOPHARM. Wszystkie prawa zastrzeżone.