

Załącznik nr 2: Leki własny pacjenta Formularz FRM02/03-FS

Zostałem poinformowany o ograniczeniach w asortymencie leków stosowanych w szpitalu; oświadczam, że wyrażam zgodę na podawanie w trakcie hospitalizacji leków będących moją własnością, stosowanych w procesie leczenia chorób współistniejących, nie będących powodem pobytu w szpitalu. Jednocześnie oświadczam, że leki przechowywane były zgodnie z zaleceniami producenta oraz, że w trakcie pobytu w szpitalu nie będę przyjmować / podawać dziecku innych leków lub suplementów diety niż zlecone przez lekarza w klinice.

Formularz wypełniony przez:		PACJENTA 		PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO 		Data Łódź dn.:/...../20.....r		
Pacjent / Przedstawiciel ustawowy	Imię			Nazwisko			PESEL	
	Adres / telefon							
Lp.	Nazwa leku / suplementu diety/ środka specjalnego przeznaczenia żywnościowego / postać / dawka leku	Seria i data ważności	Ilość leku przyjęta od pacjenta	Ilość leku zwrócona pacjentowi	Uwagi dotyczące stosowania			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
Potwierdzenie przyjęcia leków od pacjenta		Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego				Data i podpis lekarza prowadzącego / pielęgniarki		
Potwierdzenie zwrócenia leków pacjentowi		Data i podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego				Data i podpis pielęgniarki.		