

Informacje dodatkowe dla potrzeb ZOZ EPIONE - Zakładu Opieki Długoterminowej:

Imię i nazwisko Pacjenta..... PESEL.....

Lp.	Nazwa przyjmowanego leku na stałe lub przez dłuższy okres	Dawkowanie, postać leku

W/w Pacjent został zakwalifikowany do żywienia dojelitowego/pozajelitowego kompletną dietą przemysłową powyżej 30 dni.

Rodzaj i ilość zalecanej diety przemysłowej:

Lp.	Rodzaj diety	Ilość

.....

Data, podpis i pieczęć lekarza