

Informacje dodatkowe dla potrzeb Zakładu Opieki Długoterminowej EPIONE:

imię i nazwisko Pacjenta PESEL

| | 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

Kontakt:

Zakład Opieki Długoterminowej EPIONE, 40-431 Katowice, ul. Szopienicka 59
BIURO ZOD – tel. **798 918 872** lub **32 411 00 00** wew. 8