

Data: _____

Zamówienie recepty na leki przyjmowane stale jako kontynuacja leczenia

Imię i nazwisko: _____

PESEL: _____

Numer telefonu: _____

Lp.	Nazwa leku	Dawka	Ilość opakowań
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Wzrost _____ cm

Waga _____ kg

Palenie tytoniu; proszę zaznaczyć **X** właściwą odpowiedź

- ☐ 1: osoba niepaląca nigdy
- ☐ 2: osoba niepaląca, paląca w przeszłości
- ☐ 3: palący codziennie papierosy tradycyjne do 9 sztuk na dobę
- ☐ 4: palący codziennie papierosy tradycyjne od 10 do 24 sztuk na dobę
- ☐ 5: palący codziennie papierosy tradycyjne powyżej 24 sztuk na dobę
- ☐ 6: palący codziennie e-papierosy
- ☐ 7: palący codziennie papierosy z podgrzewanym tytoniem (np. iqos, glo)
- ☐ 8: Palący codziennie inne wyroby tytoniowe (tytoń fajkowy, tytoń do fajki wodnej, cygaro, cygaretki, tytoń do żucia, tytoń do nosa lub tytoń do stosowania doustnego)
- ☐ 9: palący codziennie zarówno papierosy tradycyjne, jak i inne wyroby tytoniowe
- ☐ 10: palący okazjonalnie (tj. raz w tygodniu lub rzadziej) papierosy tradycyjne
- ☐ 11: palący okazjonalnie (tj. raz w tygodniu lub rzadziej) e-papierosy
- ☐ 12: palący okazjonalnie (tj. raz w tygodniu lub rzadziej) papierosy z podgrzewanym tytoniem (np. iqos, glo)
- ☐ 13: palący okazjonalnie (tj. raz w tygodniu lub rzadziej) inne wyr. tyt. (tyt. fajkowy, tyt. do fajki wodnej, cygaro, cygaretki, tyt. do żucia, tyt. do nosa lub tyt. do stos. doust.)
- ☐ 14: palący okazjonalnie (tj. raz w tygodniu lub rzadziej) zarówno papierosy tradycyjne, jak i inne wyroby tytoniowe

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.

Podpis pacjenta: _____