

FORMULARZ DOTYCZĄCY WYSTAWIENIA RECEPT NA PRODUKTY LECZNICZE

(форма для видачі рецептів на лікарські засоби)

IMIĘ LUB IMIONA I NAZWISKO PACJENTA <i>(ім'я або імена та прізвище пацієнта)</i>	
PŁEĆ <i>(стать)</i>	WIEK <i>(вік)</i>
ADRES ZAMELDOWANIA Z PASZPORTU <i>(місце прописки у паспорті)</i>	
ADRES POBYTU NA TERENIE POLSKI <i>(місце проживання у Польщі)</i>	
KONTAKT – NUMER TELEFONU <i>(контактний номер телефону)</i>	
NUMER PASZPORTU <i>(номер закордонного паспорту)</i>	
IMIĘ I NAZWISKO ORAZ KONTAKT OPIEKUNA <i>(w przypadku osoby do 18 roku życia)</i> <i>(ім'я та прізвище і контактні дані опікуна, у випадку особи до 18 років)</i>	

<p>Czy choruje Pani/Pan na choroby przewlekłe? Jakie Pani/Pan przyjmuje leki przewlekłe? <i>(У вас є хронічні захворювання? Чи приймаєте ви ліки?)</i></p>	
<p>Jakie leki przyjmował/-a Pan/Pani w ostatnich 7 dniach? <i>(Які ліки ви приймали протягом останніх 7 днів?)</i></p>	
<p>Czy jest Pani/Pan uczulony na jakąś substancję leczniczą? Czy ma Pani/Pan alergię? <i>(Чи спостерігається у вас алергія на лікувальні substancje? Чи ви маєте алергії?)</i></p>	
<p>Czy w ciągu ostatnich 4 tygodni był/-a Pan/Pani szczepiona? <i>(Чи ви вакциновувались протягом останніх 4-ох тижнів?)</i></p>	

Czy ma Pani/Pan jakieś nasilające się objawy chorobowe w ciągu ostatnich 48h? (<i>Чи були у вас симптоми, які погіршились протягом останніх 48-ми годин?</i>)	
Dla Kobiet: Czy jest Pani w ciąży? (<i>Для жінок: Ви вагітні?</i>)	