

Mój plan wizyty u lekarza



Data wizyty

Godzina

Nazwisko i specjalizacja lekarza

Adres placówki

Leki, które przyjmuję:

Nazwa leku

Dawkowanie

Aktualne wyniki badań:

Nazwa badania

Data wykonania

Niepokojące objawy:

Objawy	Data	Nasilenie *
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●
		● ● ● ● ●

* zamaluj odpowiednią liczbę kropek (im więcej, tym silniejsze objawy)

Pytania do lekarza:

Blank area for writing questions to the doctor, consisting of 15 horizontal lines.