

**Formularz przekazania przez pacjenta leków do depozytu w przypadku kontynuowania leczenia lekami pacjenta**

Imię i nazwisko pacjenta ..... Pesel..... Nr KG.....

Nazwa leku	Seria	Data ważności	Ilość tabletek, ampulek, przekazana do depozytu	Ilość tabletek, ampulek, zwrócona pacjentowi

**Podczas przyjęcia**.....  
Podpis pacjenta / opiekuna.....  
Oznaczenie pielęgniarki / położnej**Przy wypisie**.....  
Podpis pacjenta / opiekuna.....  
Oznaczenie pielęgniarki / położnej