|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identifikační štítek pacienta**  Jméno a příjmení pacienta: …………………………………  Rodné číslo pacienta: ……………………………….………  Datum narození (není-li RČ) …………… Kód ZP:………  Adresa trv. pobytu  (případně jiná adresa):……………………………………… | | | **ODDĚLENÍ 2. IK**  **□ Ambulance**  **□ 30C □ 30M □ 30D** | | | | **ODDĚLENÍ GERIATRIE**  **□ Ambulance**  **□ 46 □ ODOP** | |
| Datum: | | | | | |
| PROSÍM O UŽÍVÁNÍ POUZE NÍŽE PŘEDEPSANÝCH LÉKŮ, ABY NEDOŠLO K PŘEDÁVKOVÁNÍ LÉKEM STEJNÉHO DRUHU S JINÝM NÁZVEM. | | | | | | | | |
| **Název léku** | **Forma léku** | **Dávkování léků** | | | | **Poznámky**  **(záznam změn, ukončení užívání, účinky, ….)** | | **Datum** |
| **ráno** | | **poledne** | **večer** |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
|  |  |  | |  |  |  | |  |

**Zkratky:** ODOP – oddělení dlouhodobé ošetřovatelské péče