# ROZPIS LÉKŮ (prosíme přinést aktuálně vyplněné k příjmu)

**Jméno uživatele služby:**
**Rok narození:**

## Denní rozpis léků na předpis:

| NÁZEV LÉKU | RÁNO | POLEDNE | VEČER | NOC | POZNÁMKY |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

## Rozpis volně prodejných léků, které uživatel služby užívá dle potřeby:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Léky budou uživateli služby v průběhu pobytu podávány dle tohoto rozpisu, což stvrzují všechny strany svými podpisy. Poskytovatel nenese odpovědnost za rozpory v medikaci uvedené praktickým lékařem v žádosti a tímto rozpisem.

Podpis pečující osoby: Datum a podpis asistenta:

Podpis uživatele: