NY Eye & Ear Infirmary

Continuum Health Partners, Inc.

Центр лечения глазных и ушных болезней г. Нью-Йорка

Reset this Form

СПИСОК МОИХ ЛЕКАРСТВ

***ПРИНЕСИТЕ С СОБОЙ ЭТУ ФОРМУ В ДЕНЬ СДАЧИ АНАЛИЗОВ В NYEEI ПЕРЕД ПРИЕМОМ ИЛИ В ДЕНЬ ПРИЕМА**

***Пожалуйста, принесите с собой свои лекарства в оригинальных упаковках.**
Данные о принимаемых вами лекарствах важны для безопасного и эффективного лечения.

ИМЯ ПАЦИЕНТА

ДАТА ПРИЕМА

ДАТА РОЖДЕНИЯ

Есть ли у вас аллергия на лекарства? ☐ НЕТ ☐ ДА Если да, укажите препараты-аллергены

Перечислите все лекарства, которые вы в настоящее время принимаете. В том числе: глазные капли, ингаляторы, контрацептивы, пластыри с содержанием медицинских препаратов, лекарства, отпускаемые без рецепта, диетические и растительные пищевые добавки.

Название лекарства/лекарств	Дозировка: (миллиграммы, единицы, капли и пр.)	Сколько раз в день вы принимаете это лекарство

(Напишите печатными буквами имя вашего врача) (№ телефона)

(Имя человека, который помог заполнить эту форму. Кем он вам приходится?) (№ телефона)

Reset this Form