

Wypisz wszystkie leki, suplementy diety, wyroby medyczne i inne, które aktualnie samodzielnie przyjmujesz chcąc poprawić stan swojego zdrowia

| |
|---------------------------------------|
| Nazwa produktu |
| Dawka / Postać |
| Substancje zawarte w produkcie |
| Ile razy dziennie przyjmujesz |

| |
|---------------------------------------|
| Nazwa produktu |
| Dawka / Postać |
| Substancje zawarte w produkcie |
| Ile razy dziennie przyjmujesz |

| |
|---------------------------------------|
| Nazwa produktu |
| Dawka / Postać |
| Substancje zawarte w produkcie |
| Ile razy dziennie przyjmujesz |