

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

Wrocław, dnia.....

Imię i Nazwisko:

Numer PESEL:

TELEFON:

Lp.	Nazwa leku i dawka	Ilość opakowań
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Nazwisko lekarza prowadzącego:

*Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji.

*Oświadczam, że ww. leki stałe są przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane, a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszonym, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

.....
(czytelny podpis pacjenta)

SPOSÓB ODBIORU RECEPTY:

Zamówienie odbiorę osobiście.

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY (zgodne z dokumentacją medyczną)

Imię: PESEL:

Nazwisko: Nr. Telefonu:

.....
data i podpis pacjenta

1. Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.
2. Niniejsze oświadczenie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta zamawiającego recepty. Podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (tekst jednolity Dz. U. z 2015 nr 277, poz. 1634 z późn. zm.)