

# FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

(Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami)

Imię i nazwisko.....

Adres.....

Numer PESEL.....

Numer telefonu.....

Lp.	NAZWA LEKU I DAWKA	DAWKOWANIE	ILOŚĆ OPAKOWAŃ
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego.....

- Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji stacjonarnej,
- Oświadczam, że w/w leki stałe są przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane, a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim nie pogorszonym, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

.....

*(czytelny podpis pacjenta)*

## Sposób odbioru recepty:

- Zamówienie odbiorę osobiście
- Zamówienie odbierze osoba upoważniona

## UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY

Imię.....

PESEL .....

Nazwisko.....

Nr telefonu.....

.....

*(data i podpis pacjenta)*