

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

Chełm, dnia

Imię i Nazwisko

Numer PESEL

TELEFON

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

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)

ODBIÓR

Wystawione recepty na leki / zlecenia na wyroby medyczne wydawane są w rejestracji **dnia następnego** w godz. 15.00 – 18.00 lub w każdy kolejny dzień w godz. 7.00 – 18.00 osobiście za okazaniem dokumentu tożsamości lub poprzez osobę upoważnioną poniżej przez pacjenta.

Sposób odbioru recepty:

Zamówienie odbiorę osobiście

Zamówienie odbierze osoba upoważniona

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY

(zgodnie z dokumentacją medyczną)

Imię :

PESEL

Nazwisko:

Nr tel.

.....
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 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 537)