

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

Kowary, dnia

Imię i Nazwisko

PESEL

TELEFON

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

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.
- Pacjenci posiadający numer telefonu zapisany na koncie pacjenta w Przychodni Rodzinnej Cito-Med otrzymają PIN do e-recepty natychmiast po jej wystawieniu.

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 dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 537)