

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI

Kraków, dnia.....

Imię i Nazwisko:

Numer PESEL:

TELEFON:

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

*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 nie pogorszoną, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

Data..... Podpis pacjenta.....

SPOSÓB ODBIORU RECEPTY:

☐ 1) Mam utworzone Internetowe Konto Pacjenta (pacjent.gov.pl) i nie potrzebuję wydruku e-recepty (otrzymam kod sms)

☐ 2) Zamówienie odbiorę osobiście

☐ 3) Upoważniam do odbioru recepty (zgodne z dokumentacją medyczną):

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

PESEL Podpis pacjenta.....

Informujemy o możliwości zamawiania recept na leki stałe drogą mailową poprzez wysłanie formularza na adres rejestracja@przychodniasanamed.pl

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.)