



FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE CZĘŚĆ I/III – DANE PACJENTA

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI
(Miejscowość, dnia)

Imię i Nazwisko: Numer PESEL:

E-mail¹⁾: Telefon:

Nazwisko lekarza prowadzącego:

1) Nieobowiązkowe – tylko w razie chęci zamawiania recept drogą elektroniczną, podaje się w celu możliwości późniejszej identyfikacji pacjenta.

CZĘŚĆ II/III – DANE LEKÓW DO PRZEPISANIA

Lp.	Nazwa leku i dawka	Ilość opakowań
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		

- 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:



CZĘŚĆ III/III- SPOSÓB ODBIORU RECEPTY

- 1) Posiadam dostęp do Internetowego Konta Pacjenta (pacjent.gov.pl) i nie potrzebuję wydruku e-recepty.
- 2) Nie posiadam dostępu do IKP, nie potrzebuję wydruku e-recepty, kod recepty proszę przesłać na podany w części I adres e-mail.
- 3) Zamówienie odbiorę osobiście.
- 4) Upoważniam do odbioru recepty:

Imię i nazwisko osoby upoważnionej:.....

PESEL osoby upoważnionej:

W przypadku wybrania opcji 3) lub 4), wystawione recepty na leki wydawane są w rejestracji, dnia następnego po złożeniu wniosku (Po godzinie 15⁰⁰.)

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 ustawy z dn. 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. Z 201 nr 277. poz. 1634 z późn. zm.)