EuroMedis
CENTRUM MEDYCZNE

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Czas realizacji zamówionych recept wynosi 3 dni robocze od dnia złozenia zamówienia.

1. DANE OSOBOWE PACJENTA

Imię Pacjenta

Nazwisko Pacjenta

Numer PESEL

Numer telefonu — —

E-mail

Nazwisko lekarza prowadzącego

2. FORMA ODBIORU RECEPTY (odpowiednie zaznaczyć „x")

☐ Platforma P1 ☐ SMS ☐ E-mail ☐ Osobiście w Centrum Medycznym EuroMedis

3. SPECYFIKACJA LEKÓW

L.p.	Nazwa leku	Dawka	Liczba opakowań

1. Oświadczam, że odbyłem wizytę u lekarza POZ, oświadczam również, że wyżej wymienione leki zapisywał mi dotychczas lekarz POZ z powodu chorób przewlekłych z zaleceniem stałego ich zażywania, dawkowanie leków jest mi znane oraz zostałam/em poinformowana/y o sposobie i bezpieczeństwie ich stosowania.

2. Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny, nie pogorszył się i nie zaszły żadne inne okoliczności uzasadniające konieczność odbycia wizyty lekarskiej, w związku z tym uzasadnione jest wypisanie recept na wyżej wymienione leki bez konieczności wizyty u lekarza.

3. Ósiadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu.

Podpis
pracownika DOK ..... Data i podpis Pacjenta .....