

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

(proszę wypełnić drukowanymi literami)

Czas realizacji zamówionych recept wynosi 3 dni robocze od dnia złożenia 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 POZ POMORZANY

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. Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu.

Podpis pracownika DOKData i podpis Pacjenta