

LEKARZ:

Imię i nazwisko pacjenta*:

Data urodzenia: Telefon Pacjenta:

Adres zamieszkania:

Waga /Wzrost palący/niepalący

Nazwa leku*:	Dawka leku:	Dawkowanie :	Ilość opak./tabl
		leku	

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

Oświadczam, że zamówione przeze mnie leki zapisywał mi dotychczas lekarz POZz powodu chorób przewlekłych z zaleceniem stałego ich używania, znam dawkowanie leków i zostałem poinformowany o sposobie i bezpieczeństwie ich stosowania oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny, nie pogorszył się i nie zaszły żadne okoliczności uzasadniające konieczność odbycia wizyty lekarskiej, w związku z tym uzasadnione jest wypisanie recept na leki bez wizyty u lekarza. Ponadto, oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu.

Zamówiona recepta będzie gotowa w ciągu 3 dni, a kod dostępu do recepty zostanie wysłany na podany numer telefonu pacjenta.

Podpis pacjenta

***WYPISYWAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI !!!**