

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

WNIOSEK WYPEŁNIAJ DRUKOWANYMI LITERAMI

.....
LEKARZ PROWADZĄCY

Nazwisko i imię

PESEL :

Adres.....

tel.

Proszę o wypisanie recepty na **stale przyjmowane** leki:

Lp.	Nazwa	Ile razy dziennie
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Proszę o przepisanie leków na okres: 12 miesięcy, 6 miesięcy, inny.....

Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY

.....
NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPOWAŻNIONEJ

.....
PESEL LUB NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Data

Podpis pacjenta

przyjmowanych leków.

Data

Podpis pacjenta

Ważne informacje:

- 1) Wniosek składany jest w rejestracji przychodni .
- 2) Wniosek o powtórzenie leków należy złożyć osobiście lub przez osobę upoważnioną (ważne jest upoważnienie w karcie wnioskującego pacjenta lub dostarczone w dniu złożenia wniosku)
- 3) Czas oczekiwania na receptę 5 dni roboczych
- 4) Lekarz może odmówić wypisania recepty w przypadkach:
 - konieczności osobistego zgłoszenia się pacjenta na wizytę do lekarza prowadzącego
 - braku ubezpieczenia zdrowotnego
 - konieczności wykonania badań kontrolnych
 - brak aktualnej informacji o lekach od lekarza specjalisty (aktualna informacja dla lekarza POZ)
 - w innych uzasadnionych przypadkach
- 5) Osoba odbierająca receptę potwierdza jej odbiór
- 6) W przypadku nieodebrania recepty po upływie 30 dni, recepta zostaje zniszczona z adnotacją na złożonym wniosku.

POTWIERDZENIE ODBIORU RECEPTY:

.....
Data

.....
Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej