

ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

**WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY**

WNIOSEK PROSIMY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

 …………………………………………….

 LEKARZ PROWADZĄCY

Nazwisko i imię ……………………………………………………………………………………..

PESEL : ……………………………………………………………………………………………. Adres…………………………………………………………………………………………………

tel. …………………………………………………………………………………………………...

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. |  Nazwa i dawka |  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 przyjmowanych leków.

Data…………………………………… Podpis pacjenta……………………………

|  |
| --- |
|   **UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY** ………………………………………………………………………………………………………… NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPOWAŻNIONEJ ………………………………………………………………………………………………………………………………… PESEL LUB NUMER DOWODU OSOBISTEGO OSOBY UPOWAŻNIONEJ  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:**…………………………………. ………………………………………………………….. DataPodpis pacjenta lub osoby upoważnionej |