

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI Ciechocinek, dnia.....

Imię i Nazwisko:

Adres:

Numer PESEL: TELEFON:

Lp. Nazwa leku i dawka ilość opakowań

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Nazwisko lekarza prowadzącego:

*Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji.
*Oświadczam, że ww. leki stałe są przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane, a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszoną, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

SPOSÓB ODBIORU RECEPTY:

SMS na numer telefonu

Zamówienie odbiorę osobiście.

UPOMIENIENIE DO ODBIORU RECEPTY (zgodne z dokumentacją medyczną)

Imię: PESEL:
Nazwisko: Nr. Telefonu:

.....
data i podpis pacjenta

1. Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.
2. Niniejsze oświadczenie dotycząca się do dokumentacji indywidualnej wewnątrznej pacjenta zawierającego recepty. Podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2015 nr 277, poz.1634 z późn. zm.)

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI Ciechocinek, dnia.....

Imię i Nazwisko:

Adres:

Numer PESEL: TELEFON:

Lp. Nazwa leku i dawka ilość opakowań

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

Nazwisko lekarza prowadzącego:

*Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji.
*Oświadczam, że ww. leki stałe są przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane, a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszoną, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

SPOSÓB ODBIORU RECEPTY:

SMS na numer telefonu

Zamówienie odbiorę osobiście.

UPOMIENIENIE DO ODBIORU RECEPTY (zgodne z dokumentacją medyczną)

Imię: PESEL:
Nazwisko: Nr. Telefonu:

.....
data i podpis pacjenta

1. Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.
2. Niniejsze oświadczenie dotycząca się do dokumentacji indywidualnej wewnątrznej pacjenta zawierającego recepty. Podstawa prawna: art. 42 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2015 nr 277, poz.1634 z późn. zm.)