PRZYCHODNIA ORŁOWO

ODBIÓR RECEPT ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

NAZWISKO I IMIĘ ….....

PESEL /...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../...../

Adres ….....kod: ..... - ….....

tel: ..... e mail:.....

Lp.	*Nazwa*	*Dawka*	*Ilość*
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			

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….....….

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPTY
(imię, nazwisko, pesel – osoby upoważnionej)

.....

Data …..... Podpis pacjenta….....….

POTWIERDZAM ODBIÓR RECEPTY

Data …..... Podpis ….....…

Wypisywane bez osobistej wizyty
u lekarza POZ są wyłącznie recepty
na leki stale przyjmowane
na choroby przewlekłe,
jako kontynuacja ustalonego wcześniej
przez lekarza POZ leczenia i gdy czas,
który minął od ostatniej wizyty
u lekarza POZ nie przekracza 6 miesięcy.

W przypadku zmiany leczenia
przez specjalistę lub zalecenia poszpitalne
należy zgłosić się osobiście
lub dostarczyć pisemną informację
przez upoważnione osoby.

Informację od Specjalisty
lub Kartę Informacyjną Leczenia Szpitalnego okazać
przed wizytą w rejestracji
w celu wykonania kopii.

Odbiór recept za okazaniem
dowodu tożsamości osobiście
lub przez osoby mające
pisemne upoważnienie.

Upoważnienie może być
jednorazowe
i powinno zawierać
Imię, Nazwisko oraz nr dowodu tożsamości
lub nr PESEL osoby upoważnionej.
Upoważnienie stałe można składać
w rejestracji
– upoważnienie do dokumentacji medycznej
aż do odwołania.

Termin odbioru recept
do 5 dni od złożenia wniosku.