

FORMULARZ ZAPOTRZEBOWANIA NA LEKI STAŁE PACJENTA

DATA.....

**DANE OSOBOWE**

IMIĘ NAZWISKO:.....

PESEL:.....

ADRES ZAMIESZKANIA:.....

TELEFON KONTAKTOWY:.....

**SPOSÓB ODBIORU E-RECEPTY:**

proszę postawić krzyżyk przy wybranej opcji

- kod do e-recepty na podany numer telefonu:.....
- odbiór osobisty w przychodni lub przez inną osobę upoważnioną:.....

**Spis potrzebnych leków:**

Lp.	Nazwa leku + dawka	Dawkowanie	Ilość opakowań	Ilość sztuk w opakowaniu	Postać (tabletki, płyn itd.)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Jeśli posiadasz uprawnienia dodatkowe to proszę o informację jakie ( np. zasłużony honorowy dawca krwi, kombatant itd.):

.....  
Recepty można uzyskać w terminie do 5 dni roboczych.

***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.***

**Podpis :**

.....