

Formularz zamawiania recept na leki stałe

Należy uzupełniać szare pola **czytelnie i DRUKOWANYMI LITERAMI**

Aby możliwe było zamówienie leków w ramach porady recepturowej (bez uprzedniego badania lekarza w ramach wizyty osobistej lub teleporady) muszą zostać spełnione następujące warunki:

1. recepta musi być niezbędna do **kontynuacji** leczenia;
2. wizyta recepturowa musi być uzasadniona stanem zdrowia pacjenta;
3. stan zdrowia pacjenta uzasadniający zastosowanie porady recepturowej musi być **odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta** Przychodni; każda zmiana nazwy leków i sposobu dawkowania wymaga teleporady

Jeżeli nie spełnione są wskazane powyżej warunki składany formularz nie zostanie zrealizowany.

Prosimy o zamawianie leków **na co najmniej 2 miesiące, uwzględniając wszystkie leki stosowane w danym czasie.**

imię i nazwisko	
adres	
PESEL	
imię i nazwisko lekarza wybranego w deklaracji	
aktualny telefon komórkowy do przestania e-recepty	

Spis zamawianych leków

	Nazwa leku, dawka (np. 40 mg, 5 ml) i sposób dawkowania (np. 2 razy dziennie)	Forma leku (np. tabletki)	Liczba opakowań
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			

Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia stanu zdrowia ani nowych dolegliwości.

Data:

Podpis pacjenta: