

ZAPOTRZEBOWANIE NA LEKI STAŁE -PRZYCHODNIA STACJA ZDROWIE

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:.....

PESEL:

TEL. KONTAKTOWY:

	NAZWA LEKU/DAWKA/POSTAĆ (tabl, syrop, aerozol, krople itp.)	ILOŚĆ OPAKOWAŃ
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

- Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia.
- Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu ani w innym zakładzie leczniczym.

DATA.....

PODPIS PACJENTA.....

SPOSÓB ODBIORU RECEPT:

1. POSIADAM IKP-powiadomienia otrzymuję sms/e-mail
2. Osobiście
3. Osoba upoważniona (zgodnie z upoważnieniem w dokumentacji medycznej)

IMIĘ I NAZWISKO.....

PODPIS PACJENTA