

ZAMÓWIENIE I POTWIERDZENIE ODBIORU RECEPT NA LEKI PRZYJMOWANE PRZEWLEKLE DLA PACJENTÓW POZ

Data złożenia zamówienia: ____ - ____ - ____ r.

Imię, Nazwisko przyjmującego zamówienie:

Nazwisko i imię pacjenta			
PESEL pacjenta			
Sposób złożenia zamówienia	<input type="checkbox"/> pacjent osobiście <input type="checkbox"/> inna osoba (kto?):		
LEKARZ PROWADZĄCY			
Rodzaj zamówionych leków	NAZWA LEKU	DAWKA LEKU	ILOŚĆ OPAKOWAŃ
Oświadczenie pacjenta:	Chciał(a)bym otrzymać jedynie recepty na leki stosowane stale do tej pory (bez porady lekarskiej). Stosuję się do wydanych zaleceń i nie zgłaszam zastrzeżeń odnośnie leczenia. Od ostatniej porady lekarskiej, związanej ze stosowaniem tych leków, upłynęło mniej niż 12 miesięcy. Obecnie nie jestem w trakcie hospitalizacji. Data: ____ - ____ - ____ r. Podpis pacjenta:		
Komentarz lekarza po wprowadzeniu zapisów w dokumentacji medycznej	<input type="checkbox"/> wydano recepty wg zamówienia <input type="checkbox"/> zastrzeżenia: data, podpis / pieczętka lekarza:		
data, podpis osoby odbierającej recepty		data, podpis osoby wydającej recepty	

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPT

Upoważniam do odbioru wypisanych recept:

Imię i nazwisko: PESEL:

Data ____ - ____ - ____ r. Podpis osoby udzielającej upoważnienia: