

## FORMULARZ ZAPOTRZEBOWANIA NA LEKI STAŁE PACJENTA

DATA: .....

### Dane osobowe

Imię i nazwisko:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Telefon kontaktowy:

### Sposób odbioru e-recepty:

- Kod do e-recepty na podany numer telefonu:
- Odbiór osobisty w przychodni lub przez osobę upoważnioną

Proszę postawić krzyżyk przy wybranej opcji.

### Spis potrzebnych leków

| Lp. | Nazwa leku+ dawka | Dawkowanie | Ilość opakowań | Ilość sztuk w opakowaniu | Postać (tabletki, płyn itp.) |
|-----|-------------------|------------|----------------|--------------------------|------------------------------|
| 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 itp.):

Recepty można uzyskać w terminie 14 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.***

.....

(data i podpis pacjenta)