

**DRUK - ZAMÓWIENIE NA LEKI STOSOWANE PRZEWLEKLE****1. Dane pacjenta:**

Imię i nazwisko: .....

PESEL: .....

Telefon kontaktowy: .....

Data złożenia wniosku: .....

**2. Leki do kontynuacji:**

Nazwa leku	Dawka	Postać	Dawkowanie	Ilość opakowań

**3. Sposób zgłoszenia:** Osobiście     Telefonicznie     E-mail     Przez osobę upoważnioną

Jeśli zgłasza osoba inna niż pacjent – imię, nazwisko, stopień pokrewieństwa / podstawa upoważnienia:

.....

**4. Oświadczenie pacjenta:** Potwierdzam, że stosuję powyższe leki zgodnie z zaleceniami lekarza. Jestem świadomy/a, że lekarz może odmówić wystawienia recepty w przypadku wątpliwości medycznych.

Data: .....Podpis pacjenta/ opiekuna:.....

**5. Decyzja lekarza:** Recepta wystawiona Odmowa – przyczyna: .....

.....

Data realizacji: .....

Podpis / pieczęć lekarza: .....

**6. Sposób przekazania recepty:** Kod e-recepty telefonicznie E-mail / IKP Odbiór osobisty Przez osobę upoważnioną