

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

NAZWISKO I IMIĘ _____

PESEL _____

ADRES _____

TELEFON _____

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki

Lp.	Nazwa	Dawka	Ilość
1			
2			
3			
4			
5			

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 _____ Podpis _____

UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPTY:

nazwisko i imię osoby upoważnionej

PESEL lub data urodzenia

Data _____ Podpis _____

Możliwość wypisania recepty bez osobistej wizyty u lekarza POZ istnieje wyłącznie dla pacjentów chorujących przewlekle. W przypadku zmiany leczenia przez specjalistę lub zalecenia poszpitalne prosimy zgłosić się osobiście.