

## Zapotrzebowanie na leki stałe /Zaopatrzenie medyczne comiesięczne np. pieluchomajtki\*

.....  
(Imię i nazwisko pacjenta )

.....  
(PESEL)

.....  
Nr telefonu do przekazania kodu eRecepty

Lp.	NAZWA LEKU	DAWKA LEKU	DAWKOWANIE	ILOŚĆ OP.
<b>Prosimy o dołączenie posiadanych wpisów lub zaświadczeń od specjalisty odnośnie przyjmowanych leków. Brak aktualnego zaświadczenia (starsze niż 12m-cy) powoduje konieczność wystawienia recepty bez zniżki (na 100%)</b>				
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

1. Pacjent został poinformowany o wszystkich swoich prawach i otrzymał odpowiednią ilość czasu do wypełnienia formularza.

2. Niniejsze oświadczenie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta zamawiającego recepty.

Podstawa prawna: art.42 ustawy z ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. O zawodach lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2015 nr277.poz.1634 z późno. zm.)

Zasady korzystania z porady receptowej:

1. Zamawiane leki muszą być przyjmowane przez osobę składającą zapotrzebowanie na stałe i wynikać z dokumentacji medycznej.

2. Pacjent odbył w nieodległej przeszłości wizytę lekarską (nie dawniej niż 6 miesięcy).

- Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani w innym zakładzie opieki zdrowotnej czy rehabilitacji.

3. Stan pacjenta jest stabilny i nie wymaga badania.

- Oświadczam, że ww. leki stałe są przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane, a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszoną, stabilnym stanem zdrowia, oraz nie zaszyły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

4. Ostateczną decyzję o wystawieniu recepty bez konsultacji podejmuje lekarz,

### REALIZACJA ZAPOTRZEBOWANIA DO 3 DNI ROBOCZYCH

Odbiór recept papierowych w rejestracji do godz. 15<sup>00</sup>

.....  
Data, czytelny podpis osoby składającej zapotrzebowanie

\*Niepotrzebne skreślić.

## SPOSÓB ODBIORU RECEPTY

- 1) Posiadam dostęp do Internetowego Konta Pacjenta (pacjent.gov.pl) i nie potrzebuję wydruku e-recepty.
- 2) Proszę o podanie kodu recepty telefonicznie na podany powyżej nr telefonu.
- 3) Recepty odbiorę osobiście.
- 4) Upoważniam do odbioru recepty:  
Imię i nazwisko osoby upoważnionej : .....  
PESEL osoby upoważnionej .....  
.....

Podpis pacjenta .....