

## ZAMÓWIENIE E - RECEPT NA LEKI PRZYJMOWANE PRZEWLEKLE PRZEZ PACJENTÓW POZ

Data złożenia zamówienia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r.

Nazwisko i imię Pacjenta ..... PESEL: .....

Lekarz POZ Pacjenta: .....

Imię i nazwisko Pracownika DOP przyjmującego zamówienie: .....

Sposób złożenia zamówienia: ☐ osobiście ☐ mailowo ☐ telefonicznie\*

Numer telefonu lub adres e-mail, na który ma być wysłany kod e-recepty: .....

### Zamawiane leki:

| Nazwa leku | Dawkowanie | Ilość zamawianych opakowań |
|------------|------------|----------------------------|
| 1          |            |                            |
| 2          |            |                            |
| 3          |            |                            |
| 4          |            |                            |
| 5          |            |                            |
| 6          |            |                            |
| 7          |            |                            |
| 8          |            |                            |
| 9          |            |                            |
| 10         |            |                            |
| 11         |            |                            |
| 12         |            |                            |
| 13         |            |                            |
| 14         |            |                            |
| 15         |            |                            |

**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: .....

Wystawiono e- recepty wg zamówienia: tak/nie \*\*

Wysłano kod e-recepty wg zamówienia: tak/nie\*\*

Sposób wysłania kodu e-recepty: sms/e-mail\*\*

Data: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ r. Podpis Lekarza: .....

Uwagi, zastrzeżenia Lekarza: .....

\*właściwe zaznaczyć „X”

\*\* niepotrzebne skreśla Lekarz

Potwierdzam zakończenie realizacji zamówienia (podpis Pracownika DOP): .....