

## 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 do 3 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.***