ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W GÓRZNIE

SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 6, 08-404 Górzno

ODBIÓR RECEPTY ZA OKAZANIEM DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

WNIOSEK WYPEŁNIAJ DRUKOWANYMI LITERAMI

Nazwisko i imię ……..

PESEL : …….

Adres……

tel. ……...

Proszę o wypisanie recepty na ***stale przyjmowane*** *leki:*

Lp.	Nazwa	Ile razy dziennie
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Proszę o przepisanie leków na okres: 12 miesiecy, 6 miesięcy , inny……..

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 pacjenta ……..

UPOWAŻNIENIE DO ODBIORU RECEPTY

……

NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPOWAŻNIONEJ

……

PESEL LUB NR DOWODU OSOBISTEGO OSOBY UPOWAŻNIONEJ

Ważne informacje:

1) Wniosek składany jest w rejestracji przychodni .
2) Wniosek o powtórzenie leków należy złożyć osobiście lub przez osobę upoważnioną (ważne jest upoważnienie w karcie wnioskującego pacjenta lub dostarczone w dniu złożenia wniosku)
3) Czas oczekiwania na receptę 5 dni roboczych
4) Lekarz może odmówić wypisania recepty w przypadkach:

-konieczności osobistego zgłoszenia się pacjenta na wizytę do lekarza prowadzącego
-braku ubezpieczenia zdrowotnego
-konieczności wykonania badań kontrolnych
-brak aktualnej informacji o lekach od lekarza specjalisty (aktualna informacja dla lekarza POZ)
-w innych uzasadnionych przypadkach

5) Osoba odbierająca receptę potwierdza jej odbiór
6) W przypadku nieodebrania recepty po upływie 30 dni, recepta zostaje zniszczona z adnotacją na złożonym wniosku.

POTWIERDZENIE ODBIORU RECEPTY:

…… **…..……**

Data **Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej**