

## Data …………………….

## Zamówienie recepty na leki przyjmowane stale **jako kontynuacja leczenia**.

Dane potrzebne do realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko: | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| PESEL: | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | |
| Numer telefonu: | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| lp. | Nazwa leku oraz dawkowanie ( np. mg , ml itp.) | | | | Dawkowanie  (np. 2 tabletki dziennie) | | | | Zaznacz jeśli zamawiasz na 365 dni (\*) | | | | | Zamawiam na mniej niż 365 dni (ilość opakowań) | | | Kod e-recepty |
| 1 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 2 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 3 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 4 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 5 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 6 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 7 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 8 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 9 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |
| 10 |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | |  |

\*) - leki na 365 dni mogą być realizowane w aptece co miesiąc. Oznacza to, że co miesiąc można realizować tylko część recepty i za część płacić.

**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.**

Podpis Pacjenta

…………………………………………………………..

|  |
| --- |
| \*\*\*\* Uwagi lekarza |
|  |

Aby uzyskać receptę na leki jako kontynuacje leczenia należy:

* W dniu złożenia zamówienia być zapisanym do naszej przychodni (posiadać aktywną deklarację) i być uprawnionym do świadczeń w oparciu o weryfikację w systemie EWUŚ).
* Złożyć do rejestracji przychodni czytelnie **wypełnione** zamówienie na recepty. Na zamówieniu pisemnym powinny się znaleźć: imię i nazwisko pacjenta, PESEL, nr telefonu, wykaz leków przyjmowanych stale w ramach kontynuacji leczenia wraz z dawkami i ilością zamawianych opakowań.
* **Leki na 365 dni mogą być realizowane w aptece co miesiąc. Oznacza to, że co miesiąc można realizować tylko część recepty i za nią płacić.**
* Zamawiać recepty na leki, które są kontynuacją leczenia czyli są przyjmowane stale w chorobach przewlekłych. Lekarz nie przepisze leków „ na życzenie”, antybiotyków, leków nasennych i uspakajających.
* Zamawianie recept odbywa się w rejestracji przychodni, elektronicznie lub pocztą tradycyjną, na formularzu dostępnym na naszej stronie internetowej lub w rejestracji. Nie można zamówić recept telefonicznie.
* Lekarz w razie wątpliwości może odmówić realizacji całości lub części zamówienia. Konieczna jest wtedy wizyta w gabinecie lekarza POZ.
* Recepta będzie dostępna do OSOBISTEGO ODBIORU do 3 dni roboczych od dnia przyjęcia zamówienia.

**UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPTY:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko osoby upoważnionej: | |  | |
| PESEL lub numer dowodu osoby upoważnionej: | |  | |
|  | | | |
| Data: |  | Podpis: |  |