

FORMULARZ CELEM WYSTAWIENIA RECEPTY W RAMACH KONTYNUACJI
LECZENIA

Warszawa, dnia

Proszę o wystawienie recepty ze względu na potrzebę kontynuacji leczenia.

Prosimy wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI.

DANE PACJENTA

| | |
|--------------------|--|
| Imię i nazwisko | |
| PESEL lub data ur. | |
| Telefon | |

LEKARZ PROWADZĄCY

POSIADAM e-KONTO

(odbiór tylko elektroniczny)

.....

| L.P | Nazwa leku / wyrobu medycznego | Ilość opakowań | Ile razy dziennie biorę leki? / Uwagi |
|-----|--------------------------------------|-------------------|--|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |

ODBIÓR RECEPT DO CZTERECH DNI ROBOCZYCH OSOBIŚCIE PO OKAZANIU
DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI LUB PRZEZ OSOBY UPOWAŻNIONE DROGĄ
PISEMNA

Podpis pacjenta

