

Powtórzenie recept dla

.....
(IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA)

(NR PESEL)

.....
(LEKARZ PROWADZĄCY)

Nazwę leku, dawkę, postać, ilość proszę wpisać
drukowanymi literami

1.

2.

3.

4.

5.

.....
Data

.....
Podpis pacjenta

.....
Nr. telefonu

INFORMACJA DLA PACJENTA !

Zaoczne wystawienie recepty jest możliwe, jeśli pacjent nie zgłasza pogorszenia stanu zdrowia od ostatniej wizyty.

Przypominamy, że lekarz POZ do kontynuowania leczenia może wymagać stosownego zaświadczenia od specjalisty.

Recepta może zostać odebrana przez dowolną osobę posiadającą imienne upoważnienie.

Kontynuacja leków przeciwbólowych, nasennych, uspokajających itp. należy do indywidualnej decyzji lekarza.

Realizujemy czytelnie wypełnione zamówienia!

Uwagi lekarza:

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis