ZESPÓŁ LECZNICTWA OTWARTEGO	ZAMÓWIENIE NA LEKI W SCHORZENIACH PRZEWLEKŁYCH	S01/F 01 Wydanie: 2 Strona/stron: 1

Imię i Nazwisko.....tel.....

PESEL:.....

Adres zamieszkania:.....

Nazwa w leku , postać leku, dawka leku , dawkowanie	Liczba opakowań

Zasady wystawienia recepty:
- stan pacjenta jest stabilny, **wymagana wizyta kontrolna co 6 m-cy**
- ostateczną decyzję o wypisaniu recepty podejmuje Lekarz

Oświadczam, że w/w leki są stale przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszonym, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza.

.....
Podpis pacjenta

Internetowe Konto Pacjenta (IKP) pozwala na uzyskanie informacji o :

- **e-receptach wystawionych, zrealizowanych, a także o tych, które zostały zrealizowane częściowo**
- **dawkowaniu leku, który przepisał lekarz**

Odbiór recepty osobisty za okazaniem dokumentu tożsamości *
Odbiór recepty poprzez osobę upoważnioną przez pacjenta *

Dokument jest własnością ZLO Sp. z o. o. Kopiowanie w jakiejkolwiek postaci jest zabronione.

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam .....
(Imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania, telefon kontaktowy)

do odbioru wyżej zamówionych recept na leki, które wystawiono w Zespole Lecznictwa Otwartego Sp. z o. o. w Jaworznie.

.....
Podpis pacjenta

Jaworzno, dnia.....

Podpis osoby odbierającej receptę

*właściwe podkreślić

Dokument jest własnością ZLO Sp. z o. o. Kopiowanie w jakiejkolwiek postaci jest zabronione.