

WNIOSEK O POWTÓRZENIE LEKÓW

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu

Lekarz prowadzący

Receptę odbiorę: osobiście/ przez osobę upoważnioną :

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

Ważne informacje:

1. Przyjęcie wniosku możliwe jest po jego złożeniu 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 – 7 dni.
4. Lekarz może odmówić wypisania recepty w przypadkach:
 - a) konieczności osobistego zgłoszenia się pacjenta na wizytę do lekarza prowadzącego,
 - b) braku ubezpieczenia zdrowotnego,
 - c) konieczność wykonania badań kontrolnych,
 - d) braku aktualnej informacji o lekach od lekarza specjalisty (aktualna informacja dla lekarza POZ),
 - e) 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.

Proszę o powtórzenie następujących leków:

Lp.	PEŁNA NAZWA LEKU	DAWKA LEKU	ILOŚĆ OPAKOWAŃ	ILOŚĆ PRZYJMOWANYCH TABLETEK DZIENNIE
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

.....
(podpis pacjenta/ osoby upoważnionej)

Potwierdzam odebranie recept:

w ilości:

.....
(data)

.....
(podpis pacjenta/ osoby upoważnionej)