



Zapotrzebowanie na recepty na leki stałe/ zlecenia na wyroby medyczne*

*(recepty mogą być wypisane na leki przyjmowane przewlekle
zgodnie z wcześniejszymi zaleceniami lekarskimi)*

Nazwisko i imię pacjenta:

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania:

Proszę o wystawienie recepty na leki stałe/zlecenia na wyroby medyczne* tj.:

DOKŁADNA nazwa leku/ wyrobu medycznego*	Dawkowanie (np. 10 mg, 20 mg, itd.)	Dawkowanie leków dienne (np. 1 tabl/dz, 1 tabl/2 x dz itd.)	Ilość opakowań

***Oświadczam, iż nie przebywam w szpitalu ani w innym stacjonarnym zakładzie
opieki zdrowotnej.***

.....
data

.....
podpis pacjenta

Jeżeli pacjent nie był konsultowany przez lekarza POZ w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. dłużej **niż 6 miesięcy nie może otrzymać recepty na leki /zlecenia na wyroby medyczne bez wizyty lekarskiej.**

Recepty na leki/zlecenia na wyroby medyczne wydawane będą pacjentowi lub osobie upoważnionej przez pacjenta na podstawie odrębnego upoważnienia do przekazania recept lub zleceń.

Termin odbioru recepty/zlecenia na wyroby medyczne według dat ustalonych w rejestracji ogólnej.

Zalecane wykonanie następujących pomiarów w Gabinet Zabiegowym POZ (gab. nr 9) czynny w dni robocze od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-18.00:

(Wypełnia Gabinet Zabiegowy POZ)

Pomiar ciśnienia

Pomiar tętna

.....
data

.....
pieczętka i podpis pielęgniarki

Potwierdzam, odbiór recepty/zlecenia na wyroby medyczne*.

.....
data

.....
podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

.....
data

.....
*podpis osoby wydającej recepty/
zlecenia na wyroby medyczne*

*niepotrzebne skreślić