



ODBIÓR RECEPT ZA OKAZANIEM  
DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

## WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY

NAZWISKO I IMIĘ \_\_\_\_\_

PESEL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

ADRES \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_

Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki:

| Lp. | Nazwa | Dawka | Ilość |
|-----|-------|-------|-------|
| 1.  |       |       |       |
| 2.  |       |       |       |
| 3.  |       |       |       |
| 4.  |       |       |       |
| 5.  |       |       |       |
| 6.  |       |       |       |
| 7.  |       |       |       |

**Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków.**

Data ..... Podpis .....

**UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPTY:**

.....  
nazwisko i imię osoby upoważnionej

.....  
pesel lub nr dowodu osoby upoważnionej

Data ..... Podpis .....

Możliwość wypisania recepty bez osobistej wizyty u lekarza POZ, istnieje wyłącznie dla pacjentów chorujących przewlekle, na leki stale przyjmowane. W przypadku zmiany leczenia przez specjalistę lub zalecenia poszpitalne proszę zgłosić się osobiście lub dostarczyć pisemną informację przez upoważnione osoby.

Odbiór recept za okazaniem dokumentu tożsamości osobiście lub przez osobę drugą z pisemnym upoważnieniem od pacjenta.

Wystawione recepty na leki wydawane są w rejestracji, dnia następnego po złożeniu wniosku i możliwe do odbioru do 5 dni roboczych.