

ZAMÓWIENIE NA LEKI

Niniejszy formularz przeznaczony jest wyłącznie dla osób starszych nie posiadających możliwości kontaktu za pomocą poczty elektronicznej.

PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNICIE DUŻYMI DRUKOWANYMI LITERAMI

Wypełniony formularz proszę wrzucić do skrzynki oznakowanej ZAMÓWIENIA NA LEKI umieszczonej przy wejściu do Przychodni

Nazwisko i imię pacjenta

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

PESEL

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

TELEFON komórkowy

Przykład jak należy prawidłowo wypełnić formularz

L.p	Nazwa Leku	Dawka	Dawkowanie	Na jaki okres czasu
1.	Amlozek	5 mg	1-0-1	na 60 dni

L.p	Nazwa Leku	Dawka	Dawkowanie	Na jaki okres czasu
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Lekarz wypisze tylko te leki, które stanowią kontynuację dotychczasowego leczenia i były już wcześniej przepisywane przez lekarzy naszej przychodni. W przypadku zgłoszenia zapotrzebowania na lek dotychczas nie ordynowanego przez naszych lekarzy, konieczne jest dołączenie do niniejszego wniosku wyniku konsultacji specjalisty zlecającego dany lek. W przeciwnym razie lekarz może odmówić wystawienia recepty.

Personel naszej przychodni skontaktuje się telefonicznie lub prześle czterocyfrowy kod do recepty sms-em na wskazany numer telefonu. W aptece prosimy o podanie numeru PESEL i otrzymany czterocyfrowy kod, na tej podstawie farmaceuta wyda przepisane przez lekarza leki.

Aktualnie termin oczekiwania na recepty wynosi około 2-3 dni