



Załącznik do Zarządzenia Nr 5  
Dyrektora Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim  
z dnia 22.02.2021 r.

## REGULAMIN SKŁADANIA WNIOSKÓW NA LEKI STOSOWANE PRZEWLEKLE

### § 1.

#### Wyjaśnienie ogólnych pojęć zawartych w Regulaminie

Użyte w dalszej treści niniejszego Regulaminu określenia należy rozumieć następująco:

**Lekarz** – lekarz zatrudniony w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej (SP ZOZ) w Aleksandrowie Łódzkim.

**Osoba upoważniona** – osoba posiadająca pisemne upoważnienie Pacjenta do złożenia wniosku na leki stosowane przewlekle lub której ważne upoważnienie znajduje się w dokumentacji medycznej/ karcie Pacjenta .

**Pacjent** – osoba uprawniona do świadczeń opieki zdrowotnej w myśl ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2020 r. poz. 1398 z późn. zm.), objęta opieką w Poradniach Podstawowej Opieki Zdrowotnej dla dorosłych i dzieci w SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim.

### § 2.

#### Zasady ogólne

1. W oparciu o obowiązujące przepisy prawa, SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim stwarza możliwość zaopatrzenia w leki dla osób przewlekle je stosujących, bez konieczności wizyty lekarskiej.
2. W przypadku jakichkolwiek wątpliwości dotyczących przebiegu leczenia, pogorszenia stanu zdrowia – należy ustalić termin wizyty i skonsultować się z lekarzem.
3. Określona przez Ustawodawcę możliwość zamówienia leków bez konieczności kontaktu z lekarzem nie zmienia faktu, że wytyczne towarzystw naukowych zalecają w przypadku niektórych chorób częstsze kontrole lekarskie niż okres, na który mogą zostać przepisane leki. Informacji na temat zalecanej częstości wizyt kontrolnych udziela Lekarz obejmujący Pacjenta opieką.



### § 3.

#### **Składanie wniosku na powtórzenie leków**

1. Wnioski o powtórzenie leków stosowanych przewlekłe, składane są we właściwych Rejestracjach Poradni Lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej.
2. W celu realizacji wniosku o powtórzenie leków oraz w celu identyfikacji Pacjenta konieczne jest umieszczenie we wniosku następujących danych osobowych Pacjenta: imię i nazwisko, numer PESEL, adres, numer telefonu kontaktowego Pacjenta. We wniosku należy również podać nazwisko lekarza prowadzącego oraz pełne nazwy zamawianych leków z podaniem ich dawek, ilością opakowań oraz ilością tabletek przyjmowanych dziennie.
3. Dane, o których mowa w ust. 2 muszą być umieszczone we wniosku w sposób czytelny.
4. Wniosek o powtórzenie leków stanowi Załącznik do niniejszego Regulaminu.
5. Istnieje również możliwość złożenia ww. wniosku drogą mailową na adres: [recepty@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl](mailto:recepty@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl). E-mail musi zawierać:
  - a) imię i nazwisko Pacjenta,
  - b) numer PESEL Pacjenta,
  - c) adres Pacjenta,
  - d) nr telefonu Pacjenta,
  - e) imię i nazwisko lekarza prowadzącego,
  - f) pełną nazwę leku,
  - g) dawkę leku,
  - h) ilość opakowań leku,
  - i) ilość przyjmowanych tabletek dziennie.
6. W treści maila nie należy załączać żadnych załączników, np. skanów wniosków itp. Maile z załącznikami nie będą uwzględniane.

### § 4.

#### **Zasady realizacji wniosku**

1. Wnioski na leki zostaną zrealizowane po spełnieniu następujących warunków:
  - a) lek był uprzednio stosowany przez Pacjenta i informacja o tym fakcie jest zawarta w jego indywidualnej dokumentacji medycznej.
  - b) leki zlecone przez lekarzy specjalistów wypisywane są na podstawie aktualnej informacji od lekarza specjalisty - do indywidualnej dokumentacji medycznej musi być dołączone aktualne (nie starsze niż rok) zaświadczenie, w którym potwierdzono konieczność stałego stosowania określonego leku.

2. Bez konsultacji lekarskiej nie mogą być zamawiane leki, których stosowanie w świetle obowiązującej wiedzy powinno być poprzedzone każdorazowo oceną stanu klinicznego Pacjenta. Bez kontaktu z lekarzem nie można również otrzymać recepty na antybiotyki.
3. W trosce o bezpieczeństwo Pacjentów ostateczną weryfikację zasadności kontynuacji terapii określonym lekiem podejmuje Lekarz, któremu przysługuje prawo odmowy realizacji części lub całości wniosku, jeśli wynika ono z uzasadnionego wiedzą medyczną przekonania, że może powodować negatywne następstwa dla Pacjenta.
4. W celu uzyskania wyczerpującej informacji na temat przyczyn całkowitej lub częściowej odmowy realizacji wniosku, niezbędny jest kontakt z lekarzem (Pacjent winien zarejestrować się na wizytę).
5. Czas realizacji Wniosku o powtórzenie leków wynosi do 30 dni roboczych od dnia złożenia Wniosku we właściwej Rejestracji Przychodni.
6. Realizacja wniosku pociąga za sobą konieczność weryfikacji statusu ubezpieczenia Pacjenta w systemie EWUŚ. W przypadku negatywnej weryfikacji statusu ubezpieczenia Pacjenta w systemie EWUŚ wniosek nie będzie zrealizowany. W trosce o bezpieczeństwo Pacjentów bliższe informacje na temat weryfikacji statusu ubezpieczenia Pacjenta w systemie EWUŚ nie będą umieszczane na formularzach.
7. W celu uzyskania wyczerpującej informacji na temat statusu ubezpieczenia należy skontaktować się z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i/lub Pracodawcą lub złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym prawie do korzystania ze świadczeń zdrowotnych. Obowiązek udokumentowania oświadczenia o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym pozostaje po stronie Pacjenta.
8. Powyższe regulacje nie dotyczą Pacjentów przyjmowanych:
  - a) na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ);
  - b) w trybie nagłym, którzy nie są podopiecznymi SP ZOZ w Aleksandrowie Łódzkim (tzn. nie złożyli deklaracji wyboru lekarza).

## § 5.

### Zasady odbioru recept

Numery recept przesyłane są sms-em na numer telefonu wskazany przez Pacjenta/ Osobę poważnioną we wniosku.

## § 6.

Regulamin stanowi Załącznik do zarządzenia Dyrektora.



Załącznik do Regulaminu składania wniosków na leki stosowane przewlekle wprowadzonego Zarządzeniem Nr 5 Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Aleksandrowie Łódzkim z dnia 22.02.2021 r.

Data złożenia wniosku .....

## WNIOSEK NA LEKI STOSOWANE PRZEWLEKLE

Imię i nazwisko Pacjenta .....

Numer PESEL .....

Adres .....

Nr telefonu .....

Lekarz prowadzący .....

Dane Osoby upoważnionej do złożenia wniosku:

Imię.....

Nazwisko.....

Adres.....

### **Ważne informacje:**

1. Przyjęcie wniosku możliwe jest po jego złożeniu w Rejestracji Przychodni lub drogą mailową na adres: [recepty@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl](mailto:recepty@spzoz.aleksandrow-lodzki.pl)
2. Wniosek o powtórzenie leków należy złożyć osobiście lub przez Osobę upoważnioną (ważne jest upoważnienie w karcie wnioskującego pacjenta lub upoważnienie dostarczone w dniu złożenia wniosku).
3. Czas oczekiwania na receptę wynosi do 30 dni roboczych od dnia złożenia Wniosku we właściwej Rejestracji Przychodni.
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.

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)