



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
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)

