

Formularz zamawiania recept na leki stałe *

| |
|-----------------|
| Imię i nazwisko |
| Adres |
| PESEL |

Leki można zamawiać raz w miesiącu

| Nazwa leku i dawka (np. 40 mg, 5 ml) | Forma leku (np. tabletki) | Liczba opakowań |
|--------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |
| Data ostatniej wizyty u lekarza | Imię i nazwisko lekarza | |

| | |
|--|-----------------|
| Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia stanu zdrowia ani nowych dolegliwości. | |
| Data | Podpis pacjenta |

* W przypadku leków zleconych przez lekarza specjalistę lub szpital należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informacyjną ze szpitala.