

Formularz złoż osobieście w recepcji lub wyślij na krakowkottarska@pzuzdrowie.pl.

PZU ZDROWIE S.A. Oddział Centra Medyczne w Krakowie

ul. Kottarska 11, 31-539 Kraków



FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPTY

Imię i nazwisko: _____ PESEL: _____

Adres: _____

Numer telefonu: _____ Adres mailowy: _____

| Lp. | Nazwa i dawka leku | Ilość opakowań |
|-----|--------------------|----------------|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

Imię i nazwisko lekarza prowadzącego: _____

UWAGA! E-recepta dotyczy leków stosowanych przewlekle, systematycznie z powodu chorób wymagających stałego leczenia (np. w nadciśnieniu, cukrzycy, niedoczynności tarczycy, alergicznym nieżycie nosa, leczeniu p/krzepliwym, chorobie refluksowej, itd.). W przypadku innych leków – wymagana jest wcześniejsza konsultacja z lekarzem.

1. Oświadczam, że zamówione przeze mnie leki zapisywał mi dotychczas lekarz z powodu chorób przewlekłych z zaleceniem stałego ich używania, znam dawkowanie leków i zostałem poinformowany o sposobie i bezpieczeństwie ich stosowania.
2. Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny, nie pogorszył się i nie zaszły żadne inne okoliczności uzasadniające konieczność odbycia wizyty lekarskiej, w związku z tym uzasadnione jest wypisanie recept na leki bez wizyty u lekarza.
3. Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu.

Czytelny podpis pacjenta

W najkrótszym możliwym czasie, jednak nie dłużej niż 3 dni robocze, zostanie wysłany 4-cyfrowy kod e-recepty na podany numer telefonu.

Niniejsze oświadczenie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej pacjenta zamawiającego recepty.