Formularz złóż osobiście w recepcji lub wyślij na krakowkotlarska@pzu.pl

PZU ZDROWIE S.A. Oddział Centra Medyczne w Krakowie

ul. Kotlarska 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 konsultacje 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 dłuższym 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.