

WNIOSEK O WYSTAWIENIE RECEPTY*

Ja, (imię i nazwisko) oznaczenie poradni : | _____ |

PESEL Telefon: | _____ |

Adres

Proszę o wystawienie mi recepty na lek(i)** (nazwa, dawka, dawkowanie leków):

Uzasadnienie: *** - (zaznaczyć właściwe)

1. Zabrakło mi leków tuż przed wizytą (wizytę mam w dniu).
2. Kończą się leki, a brak miejsc na wizytę w najbliższym terminie.
3. Recepta została zgubiona/zniszczona/przeterminowana/niezaakceptowana przez aptekę***.
4. Uzasadnienie własne.....

Proszę o przekazanie recepty/danych o recepcie na pobierane leki w następujący sposób: ***

1. Posiadam IKP i w razie wystawienia e-Rp otrzymam jej kod automatycznie.
2. Nie posiadam IKP i proszę o przekazanie kodu recepty przez:
 - a) E-mail na adres: ***
 - b) SMS na numer telefonu: +48
 - c) Telefonicznie skontaktuje się z Rejestracją Przychodni (tel. +48 22 455 51 85; +48 604 277 633).
3. Nie posiadam IKP i proszę o pozostawienie w rejestracji PanMedic wydruku e-Rp wraz z dawkowaniem i zaleceniami na piśmie.
 - a) Wydruk odbiorę osobiście po uzgodnieniu telefonicznym z Rejestracją Przychodni lub ***
 - b) Upoważniam do odbioru legitymującego się dowodem osobistym (seria, numer).....

Ad. 1 i 2: do WNIOSKU przesłanego na adres rejestracja@panmedic.pl należy załączyć potwierdzenie przelewu na konto PanMedic Sp. z o.o. opłaty za wystawienie recepty, zgodnie z Cennikiem (aktualnie 50 zł). Oświadczam, że zalecenia i dawkowanie leków są mi znane z poprzedniej wizyty.

Ad. 3: Jak wyżej lub dokonam wpłaty gotówką / kartą *** w Rejestracji Przychodni PanMedic.

* Prawo takie przysługuje tylko pacjentom, którzy są stałymi Pacjentami naszej Przychodni, leczą się z powodu choroby przewlekłej, a dawkowanie leków jest niezmiennie od wielu miesięcy.

** Wiadomym jest mi fakt, że nie mogą być przepisane mi leki „doraźne”, uspakajające, nasenne, z grupy benzodiazepiny z - leków, barbituranów, opioidowych środków przeciwbólowych oraz leków stosowanych w uzależnieniach jak również leki z innych dziedzin niż specjalizacja lekarza/poradni. Mogę dostać receptę wyłącznie na leki przepisane w trakcie ostatniej wizyty, stosowane w leczeniu choroby przewlekłej i na okres nie dłuższy niż niezbędny dla miesięcznej kuracji. Następnie muszę zgłosić się na konsultację do lekarza prowadzącego lub jego zastępującego. Termin uzgodnię w Rejestracji, ponieważ dwa razy z rzędu nie mogę otrzymać zaocznej recepty.

*** Zaznaczyć właściwą opcję

¹ Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia.

² Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu ani w innym zakładzie leczniczym na leczeniu.

³ Oświadczam, że zapoznałam się z zasadami wizyt receptowych i wystawienia recept bez obecności pacjenta i zobowiązuję się do odbioru recept (uzyskania kodu recepty) w ciągu 3 dni roboczych osobiście lub przez osoby upoważnione.

Data wniosku Podpis pacjenta

Data odbioru Podpis pacjenta/osoby upoważnionej

Nr rachunku bankowego **PanMedic** Sp. z o.o. w Banku Millennium: **16 1160 2202 0000 0003 8665 7163**

W tytule przelewu: Imię i nazwisko - wizyta receptowa

Kontakt: Rejestracja tel. +48 22 455 51 85; +48 604 277 633 | rejestracja@panmedic.pl | www.panmedic.pl