

WNIOSEK O WYSTAWIENIE RECEPTY *

Ja, (imię i nazwisko) oznaczenie dokonywane przez poradnię : | _____ |

PESELTelefon: | _____ |

Adres z kodem pocztowym | _____ |

Proszę o wystawienie mi recepty na lek(i)** (nazwa, dawka, dawkowanie). Ilość leku określa lekarz (zwykle na miesięczną kurację)

Uzasadnienie: *** - (zaznaczyć właściwe)

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

Proszę o przekazanie recepty/danych o recepcie na pobierane leki w następujący sposób: *** - (zaznaczyć właściwe)

1. Posiadam IKP (indywidualne konto pacjenta) 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 skontaktuję się z Rejestracją Przychodni (tel. +48 22 455 51 85; +48 604 277 633). *** - (zaznaczyć właściwe)
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 *** - (zaznaczyć właściwe)
 - 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 podanym na stronie www.panmedic.pl (70,00 PLN)

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.
- ✓ ** Wiadomo mi że nie mogą być przepisane mi leki „doraźne”, uspakajające, nasenne, z grupy benzodiazepiny, tzw. „z” – leków, barbituranów, opioidów / opiatów oraz leków stosowanych w uzależnieniach jak również leki z innych dziedzin niż specjalizacja lekarza/poradni. Mogę uzyskać receptę wyłącznie na leki przepisane w trakcie ostatniej wizyty, stosowane w leczeniu choroby przewlekłej i na okres nie dłuższy niż niezbędny dla miesięcznej kuracji.
- ✓ Celem dalszego leczenia i uzyskania recepty zgłoszę się na konsultację do lekarza prowadzącego lub jego zastępującego. Termin uzgodnię w Rejestracji, ponieważ dwa razy z rzędu nie mogę otrzymać zaocznej e-recepty.
- ✓ Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leku lub dawki.
- ✓ Oświadczam, że zalecenia i dawkowanie leków jest mi znane z poprzedniej wizyty.
- ✓ Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu ani w innym zakładzie leczniczym na leczeniu ani w sanatorium.
- ✓ 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 wypełnienia Podpis pacjenta/ osoby upoważnionej

Data odbioru Podpis pacjenta/ osoby upoważnionej