
(miejscowość, data)

FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE ¹

(Proszę wypełnić DRUKOWANYMI LITERAMI)

IMIĘ I NAZWISKO
DATA URODZENIA
PESEL
ADRES
TELEFON
ADRES E-MAIL
LEKARZ PROWADZĄCY

Lp.	Nazwa leku i dawka (np. Valsacor, 80 mg)	Forma/postać leku (np. tabletki, kapsułka, czopki, plastry, maść)	Ilość opakowań
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Niniejszy formularz zamówienia recept na leki stałe dotyczy leków wystawionych podczas ostatniej wizyty lekarskiej: TAK/NIE ².

OŚWIADCZENIE PACJENTA

- Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny, nie wymaga badania lekarskiego, nie zaobserwowałam/em u siebie żadnych działań niepożądanych związanych z przyjmowaniem leku/leków, które wymagałyby konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków. Jestem świadoma/y, że mam możliwość umówienia się na konsultację do lekarza.
- Oświadczam, że nie zaobserwowałam/em u siebie żadnych problemów zdrowotnych związanych z dawkowaniem leku.

¹ W przypadku leków zleconych przez lekarza specjalistę lub szpital należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informacyjną ze szpitala.

² Nie potrzebne skreślić.

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza zamówienia oraz potwierdzenia wykonania przelewu
na adres e-mail: recepcja@novaklinika.pl.

3. Deklaruję dobre ogólne samopoczucie oraz brak istotnych zmian w moim stanie zdrowia objętym niniejszym formularzem.
4. Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu ani w innym zakładzie leczniczym na leczeniu czy rehabilitacji.
5. Oświadczam, że lek/leki objęte niniejszym formularzem są stale przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, a dawkowanie jego/ich jest mi znane.
6. Oświadczam, że z własnej woli występuję o wystawienie recepty objętej niniejszym formularzem.
7. Wyrażam zgodę na kontaktowanie się ze mną drogą elektroniczną w celu realizacji zamówienia recept na leki stałe.
8. Oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję informacje dostępne na stronie internetowej Przychodni w zakładce kontynuacja leczenia farmakologicznego lub zostały mi one udostępnione w rejestracji Przychodni.

(data, podpis pacjenta)

SPOSÓB ODBIORU RECEPTY

- ☐ Mam utworzone Internetowe Konto Pacjenta (pacjent.gov.pl) i nie potrzebuję wydruku e-recepty.
- ☐ Zamówienie odbiorę osobiście / odbierze osoba upoważniona w karcie pacjenta.

(data, podpis pacjenta)

POUCZENIE

Z usługi mogą korzystać Pacjenci, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbyli w Centrum Medyczne Nova-01 pełną wizytę u lekarza prowadzącego, a stan ich zdrowia oraz brak przeciwwskazań do otrzymania leków, odzwierciedlony w dokumentacji medycznej, pozwala na przyjmowanie leku.

Niniejsze oświadczenie dołącza się do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej Pacjenta zamawiającego recepty za pośrednictwem niniejszego formularza.

Usługa „Kontynuacja leczenia farmakologicznego” jest odpłatna.

Zapotrzebowanie na receptę zostanie przekazane do realizacji po wniesieniu opłaty w wysokości **60 zł** (słownie: sześćdziesiąt złotych zero groszy) przelewem na konto bankowe:

82 8015 0004 0194 2125 2000 0001 (Warszawski Bank Spółdzielczy).

W przypadku braku wpłaty w terminie do 7 dni od zgłoszenia, zamówienie recepty będzie anulowane.

Prosimy o przesłanie wypełnionego formularza zamówienia oraz potwierdzenia wykonania przelewu na adres e-mail: recepcja@novaklinika.pl.