**Prośba o wypisanie leków**

Nazwisko i imię ………………………………… lat / PESEL …………………………….

Adres pacjenta ……………………………………………………………………………….

tel. …………………………………… data ……………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Dawka leku | Dawkowanie leku |  ilość opakowań |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

 **PROŚBA O WYPISANIE LEKÓW**

Nazwisko i imię ………………………………… lat / PESEL …………………………….

Adres pacjenta ……………………………………………………………………………….

tel. ……………………………………

 Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa leku | Dawka leku | Dawkowanie leku |  ilość opakowań |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leczenia lub modyfikacji dawki przyjmowanych leków .Data …………………. Podpis …………………………………………………………………. |
|  |

  **UPOWAŻNIAM DO ODBIORU RECEPTY :**

**…………………………………………………………………………………………………………**

 **NAZWISKO I IMIĘ OSOBY UPOWAŻNIONEJ**

 **Odebrałam/em**

**Data ………………………………. Podpis ………………………………………………………...**