**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 ………………………………………………………...**