



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE
ul. Wojska Polskiego 11, 83-000 Pruszcz Gdański

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY/RECEPT NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

TEL.....

**LEKI (POSTAĆ, DAWKA, ILOŚĆ OPAKOWAŃ,
ILOŚĆ SZTUK W OPAKOWANIU):**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

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 i podpis pacjenta

Lekarz wystawia recepty w ciągu 1-3 dni roboczych

Przyczyna odmowy wypisania leku:



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE
ul. Wojska Polskiego 11, 83-000 Pruszcz Gdański

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY/RECEPT NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

TEL.....

**LEKI (POSTAĆ, DAWKA, ILOŚĆ OPAKOWAŃ,
ILOŚĆ SZTUK W OPAKOWANIU):**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

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 i podpis pacjenta

Lekarz wystawia recepty w ciągu 1-3 dni roboczych

Przyczyna odmowy wypisania leku:



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE
ul. Wojska Polskiego 11, 83-000 Pruszcz Gdański

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY/RECEPT NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

TEL.....

**LEKI (POSTAĆ, DAWKA, ILOŚĆ OPAKOWAŃ,
ILOŚĆ SZTUK W OPAKOWANIU):**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

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 i podpis pacjenta

Lekarz wystawia recepty w ciągu 1-3 dni roboczych

Przyczyna odmowy wypisania leku:



NZOZ CENTRUM MEDYCZNE
ul. Wojska Polskiego 11, 83-000 Pruszcz Gdański

WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY/RECEPT NA LEKI STAŁE

IMIĘ I NAZWISKO.....

PESEL.....

TEL.....

**LEKI (POSTAĆ, DAWKA, ILOŚĆ OPAKOWAŃ,
ILOŚĆ SZTUK W OPAKOWANIU):**

1.....

2.....

3.....

4.....

5.....

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 i podpis pacjenta

Lekarz wystawia recepty w ciągu 1-3 dni roboczych

Przyczyna odmowy wypisania leku: