



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)**

nazwa leku	dawka	ilość

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 4 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)**

nazwa leku	dawka	ilość

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 4 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)**

nazwa leku	dawka	ilość

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 4 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)**

nazwa leku	dawka	ilość

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 4 dni roboczych**

**Przyczyna odmowy wypisania leku:**