

NZOZ Multi- Medyk Sp. z o .o. W-w Pl .św .Macieja 8 tel. do rejestracji 71 322 53 22	<b>FORMULARZ ZAMAWIANIA RECEPT NA LEKI STAŁE*</b>		Indeks F10/P01/A.2.2	
	Strona 1z1	wyd.1		
	Obowiązuje od 04.05.2016 r.			

NZOZ Multi- Medyk Sp. z o .o. W-w Pl .św .Macieja 8 tel. do rejestracji 71 322 53 22	<b>FORMULARZ ZAMAWIANIA RECEPT NA LEKI STAŁE*</b>		Indeks F10/P01/A.2.2	
	Strona 1z1	wyd.1		
	Obowiązuje od 04.05.2016 r.			

Imię i nazwisko	
Adres	
PESEL	

Imię i nazwisko	
Adres	
PESEL	

**Leki można zamawiać raz w miesiącu**

Nazwa leku i dawka (np.40mg, 5ml)	Forma leku (np. tabl.)	Ilość opakowań
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

**Leki można zamawiać raz w miesiącu**

Nazwa leku i dawka (np.40mg, 5ml)	Forma leku (np. tabl.)	Ilość opakowań
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

Nazwisko lekarza prowadzącego	
-------------------------------	--

Nazwisko lekarza prowadzącego	
-------------------------------	--

Wartość glukozy (u chorych na cukrzycę)	
Wartość ciśnienia (u chorych na nadciśnienie)	

Wartość glukozy (u chorych na cukrzycę)	
Wartość ciśnienia (u chorych na nadciśnienie)	

<b>Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji. Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia stanu zdrowia, ani nowych dolegliwości.</b>	
Wrocław, dnia.....	Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

<b>Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu, ani innym zakładzie opieki zdrowotnej na leczeniu czy rehabilitacji. Oświadczam, że nie zgłaszam pogorszenia stanu zdrowia, ani nowych dolegliwości.</b>	
Wrocław, dnia.....	Podpis pacjenta lub osoby upoważnionej

\*w przypadku leków zleconych przez lekarza specjalistę lub szpital należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informacyjną ze szpitala

\*w przypadku leków zleconych przez lekarza specjalistę lub szpital należy dołączyć kartę konsultacyjną lub informacyjną ze szpitala