



Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego.
ul. Fabryczna 1, 05-500 Piaseczno.
Rejestracja: 22 756 21 11; 22 756 73 73

ZAPOTRZEBOWANIE NA PRZEWLEKLE ZAŻYWANE LEKI

Lekarz prowadzący:	
Imię pacjenta:	
Nazwisko pacjenta:	
PESEL:	
Nr telefonu:	

Oświadczam, że ostatni raz na wizycie osobistej byłem/byłam: - 20..... (mm-rrrr)
Jeżeli Pan/Pani nie pamięta daty ostatniej wizyty osobistej, proszę zgłosić się do rejestracji.
Zgodnie z zarządzeniem NR 163/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia informujemy,
że pacjent powinien odbyć kontrolną wizytę osobistą u lekarza POZ raz na 6 miesięcy.

LP	Nazwa Leku	Dawka	Ilość opakowań	Realizacja recepty
1.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące
2.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące
3.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące
4.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące
5.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące
6.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące
7.				☐ jednorazowo ☐ na kolejne miesiące

OŚWIADCZENIA PACJENTA

1) Oświadczam, że mój stan zdrowia nie wymaga konsultacji lekarskiej.

2) Oświadczam, że ☐ -posiadam / ☐ -nie posiadam - Internetowe konto Pacjenta.

.....
(data i czytelny podpis pacjenta)

PRZYJĘCIE ZLECENIA

.....	
(data przyjęcia zlecenia)	(podpis pracownika)

ODBIÓR RECEPT

1) Oświadczam, że odebrałem recepty.

.....	
(data odebrania recept)	(podpis pacjenta)