Dane pacjenta

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Szanowni Pacjenci,

Leki mogą być powtarzane **tylko 1 raz na miesiąc**, dlatego prosimy, aby na formularzu wpisać **wszystkie leki niezbędne na najbliższy miesiąc kuracji.**

Powtarzanie lekarstw dotyczy tylko leków niezbędnych do kontynuacji ustalonego leczenia w chorobach przewlekłych, dobrze kontrolowanych.

Pacjent powinien minimum 1 raz na 3 miesiące odbyć kontrolną wizytę u lekarza.

Leki prosimy wpisywać czytelnie. W przypadku wątpliwości lekarz może odmówić wystawienia recepty.

Lp.	Nazwa leku - dawka	Liczba opakowań
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		