|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NZOZ Przychodnia Wassowskiego Sp z o.o. 80-225 Gdańsk, ul. Wassowskiego 2** | | |
| **WNIOSEK O WYPISANIE RECEPTY** | | |
| NAZWISKO I IMIĘ PACJENTA:…………………………………… | | |
| PESEL:……………………………………………………………………… | | |
| NAZWISKO LEKARZA:………………………………………………. | | |
| Proszę o wypisanie recepty na stale przyjmowane leki: | | |
| **Lp.** | **Nazwa i dawka leku** | **Ilość** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| 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:…………………………………………………… | | |
| Podpis:……………………………………..….……… | | |
| **Uwaga!** | | |
| Recepta może być wydana tylko wnioskodawcy lub **osobie upoważnionej** za okazaniem dowodu tożsamości. | | |