



Warszawa, dnia .....

Warszawa, dnia .....

### Zamówienie porady receptowej

Dla .....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

Dla .....  
(Imię i nazwisko pacjenta)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL pacjenta)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(PESEL pacjenta)

TELEFON: .....

TELEFON: .....

Proszę o wystawienie recepty/zlecenia \* na następujące leki/wyroby medyczne \*:

Proszę o wystawienie recepty/zlecenia \* na następujące leki/wyroby medyczne \*:

Lp.	Nazwa i dawka leku/nazwa wyrobu medycznego
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	

Lp.	Nazwa i dawka leku/nazwa wyrobu medycznego
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	
12.	
13.	
14.	
15.	
16.	
17.	
18.	

Potwierdzam, że mój/pacjenta stan zdrowia nie uległ istotnej zmianie.

Receptę/zlecenie:

a) Odbiorę osobiście.\*

b) Upoważniam do odbioru:\*

.....  
(Imię, nazwisko, nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

c) Proszę wydać każdemu kto się po nią zgłosi.\*

.....  
**CZYTELNY PODPIS PACJENTA/opiekuna prawnego**

*\*zaznaczyć właściwe*

*Uprzejmie prosimy o kompleksowe składanie zamówień na porady receptowe. Przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania na ich realizację oraz ułatwi dostęp do lekarza innym pacjentom.*

---

**WYPEŁNIĆ PRZY ODBIORZE**

**CZYTELNY PODPIS, NR DOWODU OSOBISTEGO  
OSOBY ODBIERAJĄCEJ receptę/zlecenie**

Potwierdzam, że mój/pacjenta stan zdrowia nie uległ istotnej zmianie.

Receptę/zlecenie:

a) Odbiorę osobiście.\*

b) Upoważniam do odbioru:\*

.....  
(Imię, nazwisko, nr dowodu osobistego osoby upoważnionej)

c) Proszę wydać każdemu kto się po nią zgłosi.\*

.....  
**CZYTELNY PODPIS PACJENTA/opiekuna prawnego**

*\*zaznaczyć właściwe*

*Uprzejmie prosimy o kompleksowe składanie zamówień na porady receptowe. Przyczyni się to do skrócenia czasu oczekiwania na ich realizację oraz ułatwi dostęp do lekarza innym pacjentom.*

---

**WYPEŁNIĆ PRZY ODBIORZE**

**CZYTELNY PODPIS, NR DOWODU OSOBISTEGO  
OSOBY ODBIERAJĄCEJ receptę/zlecenie**

.....  
(Data i czytelny podpis osoby wydającej dokument)

.....  
(Data i czytelny podpis osoby wydającej dokument)