

Zamówienie na e-receptę do Gminnego Ośrodka Zdrowia w Starej Kiszewie

Nazwisko *

Imię *

Pesel *

Numer telefonu komórkowego *

Zostaw swój adres email *

Zaznacz odpowiednie pole * (x)

 1. Wysłać kod e-recepty SMS-em 2. Wydrukować e-receptę, którą odbiorę osobiście

Proszę o wystawienie e-recept na przyjmowane przeze mnie leki stałe:

Lp.	Nazwa leku *	Dawka *	Dawkowanie (np. 3 x 1 tabl.) *	Ilość opakowań *
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				

Realizacja do 2 dni roboczych.

Oświadczenie * (x)

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. Nie przebywam obecnie w szpitalu lub innym stacjonarnym zakładzie leczniczym (np. ZOL, hospicjum, rehabilitacja), w którym udzielane są mi świadczenia na podstawie umowy z NFZ.

Wypełnić, tylko jeśli dotyczy!

Nie mogę odebrać e-recepty osobiście i upoważniam do jej odbioru:

Nazwisko *

Imię *

Pesel *

lub rodzaj, seria i numer dokumentu tożsamości