

 <b>PRZYCHODNIE I CENTRA MEDYCZNE</b>	<b>FORMULARZ ZAMÓWIENIA  RECEPT NA LEKI STAŁE /  ZLECENIA NA ZAOPATRZENIE W  WYROBY MEDYCZNE</b>	Wydanie	1
		Data wyd.	29-10-2020
		Strona	1
		Stron	2

**Wnioskodawca**

Imię i Nazwisko: .....

PESEL/PASZPORT: .....

nr telefonu kontaktowego: .....

Aktualny adres zamieszkania: .....

I.p.	Nazwa leku i dawka (np. 5 ml, 40 mg) lub nazwa wyrobu medycznego	Ilość opakowań	Postać leku (np. tabletki, czopki, maść)
1			
2			
3			
4			
5			

\*Oświadczam, że ww. leki stałe są przeze mnie zażywane z powodu schorzeń przewlekłych, dawkowanie jest mi znane, a ich wypisanie bez wizyty u lekarza jest uzasadnione moim niepogorszoną, stabilnym stanem zdrowia oraz nie zaszyły okoliczności uzasadniające konieczność wizyty u lekarza. Oświadczenie niniejsze odnosi się odpowiednio do wyrobów medycznych na potrzeby kontynuacji zaopatrzenia w wyroby medyczne.

Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku zmiany leczenia przez lekarza POZ, lekarza specjalistę lub po leczeniu szpitalnym powinienem/nam zgłosić się na wizytę do lekarza wypisującego receptę/zlecenie.

Przyjmuję do wiadomości, iż stosownie do wskazań wynikających z dokumentacji medycznej, lekarz może odmówić wystawienia recepty/zlecenia.

.....  
data złożenia i czytelny podpis wnioskodawcy

**WSKAZANIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ODBIORU RECEPT na leki / ZLECEŃ na wyroby medyczne**

- Ja niżej podpisany/na :  posiadam Internetowe Konto Pacjenta (IKP), E-receptę zrealizuję na podstawie czterocyfrowego kodu, który otrzymam e-mailem lub SMS-em, nie potrzebuję papierowego wydruku informacyjnego,
- nie posiadam Internetowego Konta Pacjenta (IKP), E-receptę zrealizuję na podstawie czterocyfrowego kodu, który otrzymam SMS-em na numer telefonu, który został zarejestrowany w systemie przychodni Bioveny, nie potrzebuję papierowego wydruku informacyjnego,

**Uwaga:** Osoba uprawniona do odbioru recepty/zlecenia , zobowiązana jest potwierdzić swoją tożsamość na podstawie dokumentu ze zdjęciem z nr PESEL lub nr Paszport.

Wydanie	1
Data wyd.	29-10-2020
Strona	2
Stron	2

upoważniam .....  
do odbioru recept na leki/zleceń na wyroby medyczne z Biovena sp. z o.o.  
(imię i nazwisko, numer telefonu lub adres)

oświadczam, iż recepty na leki/zlecenia na wyroby medyczne z Biovena sp. z o.o. mogą  
być odebrane przez osoby trzecie bez szczegółowego określenia tych osób

Upoważnienie powyższe udzielone jest :  do odwołania

do dnia ..... r.

jednorazowo i dotyczy recepty/zlecenia na .....

-----  
data złożenia i czytelny podpis wnioskodawcy

#### **POTWIERDZENIE ODBIORU ZAMÓWIONEJ RECEPTY / ZLECENIA**

Niniejszym potwierdzam odbiór zamówionej recepty /zlecenia

wystawionej dla : ..... (imię i nazwisko pacjenta)

na lek/wyrób medyczny .....

-----  
data i czytelny podpis odbierającego receptę/zlecenie

-----  
czytelny podpis wydającego receptę/zlecenie