 biovena PRZYCHODNIE I CENTRA MEDYCZNE	FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE	Wydanie	2
		Data wyd.	10-07-2023
		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)	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.

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.


.....
 data złożenia i czytelny podpis wnioskodawcy

WSKAZANIE OSOBY UPRAWNIONEJ DO ODBIORU RECEPT na leki

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

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

	FORMULARZ ZAMÓWIENIA RECEPT NA LEKI STAŁE	Wydanie	1
		Data wyd.	10-07-2023
		Strona	2
		Stron	2

czterocyfrowego kodu, który otrzymam SMS-em na numer telefonu, który został zarejestrowany w systemie przychodni Biovena, nie potrzebuję papierowego wydruku informacyjnego,

upoważniam

do odbioru recept na leki z Biovena sp. z o.o.

(imię i nazwisko, numer telefonu lub adres)

oświadczam, iż recepty na leki 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

Niniejszym potwierdzam odbiór zamówionej recepty

wystawionej dla : (imię i nazwisko pacjenta)

na lek/wyrób medyczny

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

.....
czytelny podpis wydającego receptę/zlecenie

Administratorem Pana/Pani danych osobowych jest Biovena spółka z o.o. z siedzibą w Milanówku przy ul. Mickiewicza 1. Pełna treść klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania Pana/Pani danych osobowych znajduje się na stronie internetowej www.biovena.com.pl.