|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Oznaczenie dokonywane przez poradnię |

**WNIOSEK O WYSTAWIENIE e-RECEPTY z dnia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 r.**

1. Ja, ………...…….....……..….....………….....……..……….....……..………..……….....……..………......…......................................................…..

PESEL: ……….....……..……..............….......….. Telefon: ………......…….....….....………... E-mail : .……........….....……..…...…….....…….....……..

Adres z kodem pocztowym: ……….....……..……….....……..……….....……..……….....………….....……..……….......................................……..…..

Proszę o wystawienie mi recepty na lek/i (nazwa, dawka, dawkowanie). Ilość leku określa lekarz (zwykle na miesięczną kurację). ...……..……….....………….....……..……….....……..………..........……..……….....……..……................…..................………….....……..………....

 ………….....……..……….....……..……….....…….....……..…….....……..………..……….....…...…..……….....……..…….............................….....…….....…....

1. Uzasadnienie: - (zaznaczyć właściwe)
2.  Zabrakło mi leków tuż przed wizytą (wizytę mam w dniu ………….….…………..……………..……… ).
3.  Kończą mi się leki, a brak miejsc na wizytę w najbliższym terminie. Zarejestrowałem się na wizytę w dniu ............
4.  Recepta z dn. ..............….... została zgubiona/zniszczona/przeterminowana/niezaakceptowana przez aptekę - (zaznaczyć właściwe)
5.  Uzasadnienie własne: ...……..……….....………….....……..……….....……..………..........……..……….....……..……................…..............
6. Proszę o przekazanie recepty/danych o recepcie na leki w następujący sposób: (zaznaczyć)

1.  Posiadam IKP (Indywidualne Konto Pacjenta) i w razie wystawienia e-Rp otrzymam jej kod automatycznie.

2.  Nie posiadam IKP i proszę o przekazanie kodu recepty przez:

a)  E-mail na adres podany w pkt. I wniosku lub na e-mail: ………………........................…...................................................…

b)  SMS na numer tel. Podany w pkt. I wniosku lub na nr: +48 …...............……………………..…..........................................

c)  Telefonicznie skontaktuję się z Rejestracją Przychodni (tel. +48 604 277 633) - (zaznaczyć właściwe)

3.  Nie posiadam IKP i proszę o pozostawienie w rejestracji PanMedic wydruku e-Rp wraz z dawkowaniem i zaleceniami na piśmie.

1.  Wydruk odbiorę osobiście po uzgodnieniu telefonicznym z Rejestracją Przychodni lub (zaznaczyć właściwe)
2.  Upoważniam do odbioru ……………...............….legitymującego się dowodem osobistym (seria, numer)……….....…

Ad. *III*. 1 i 2: do WNIOSKU przesłanego na adres rejestracja@panmedic.pl należy załączyć potwierdzenie przelewu na konto PanMedic sp. z o.o. opłaty za wystawienie recepty, zgodnie z Cennikiem podanym na stronie [www.panmedic.pl](http://www.panmedic.pl/) (70,00 PLN) Ad. *III*. 3: Jak wyżej lub dokonam wpłaty gotówką /kartą \* w Rejestracji Przychodni PanMedic.

1. Prawo takie przysługuje wyłącznie pacjentom, którzy są stałymi Pacjentami naszej Przychodni, leczą się z powodu choroby przewlekłej, stan psychiczny i fizyczny których jest stabilny a dawkowanie leków jest niezmienne od wielu miesięcy.
2. Wiadomo mi że nie mogą być przepisane mi leki „doraźne”, uspakajające, nasenne, z grupy benzodiazepiny, „z”-leków (zolpidem, zopiklon, zaleplon), barbituranów, opioidów/ opiatów oraz leków stosowanych w uzależnieniach jak również leki z innych dziedzin niż specjalizacja lekarza/poradni. Mogę uzyskać receptę wyłącznie na leki przepisane w trakcie ostatniej wizyty, stosowane w leczeniu choroby przewlekłej i na okres nie dłuższy niż niezbędny dla miesięcznej kuracji.
3. Celem dalszego leczenia i uzyskania recept zgłoszę się na konsultację do lekarza prowadzącego lub jego zastępującego. Termin uzgodnię w Rejestracji, ponieważ dwa razy z rzędu nie mogę otrzymać zaocznej e-recepty.
4. Oświadczam, że stan mojego zdrowia jest stabilny i nie obserwuję u siebie niepokojących objawów wymagających konsultacji lekarskiej w celu zmiany leku lub dawki.
5. Oświadczam, że zalecenia i dawkowanie leków jest mi znane z poprzedniej wizyty.
6. Oświadczam, że aktualnie nie przebywam w szpitalu ani w innym zakładzie leczniczym na leczeniu ani w sanatorium.
7. Oświadczam, że zapoznałam się z zasadami wizyt receptowych i wystawienia recept bez obecności pacjenta i zobowiązuję się do odbioru recept (uzyskania kodu recepty) w ciągu 3 dni roboczych osobiście lub przez osoby upoważnione.

Podpis pacjenta/ osoby upoważnionej ........................……...................… Data odbioru / przekazania kodu e-Rp..…………....……..

Nr rachunku PanMedic sp. z o.o. w Banku Millennium SA : **16 1160 2202 0000 0003 8665 7163**

W tytule: Imię i nazwisko, wizyta receptowa.

Rejestracja **tel. +48 604 277 633** | rejestracja@panmedic.pl | [www.panmedic.pl](http://www.panmedic.pl/)