FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA LEKI
W RAMACH KONTUNUOWANIA LECZENIA

Data: _____

Dane pacjenta:

Imię:	Nazwisko:	PESEL:

Wnoszę o przepisanie mi w ramach kontynuacji leczenia produktu leczniczego:

Nazwa:	Dawka:	Poziom odpłatności:

Oświadczenia do zaakceptowania:

☐ Oświadczam, że zapoznałem się z regulaminem kontynuacji farmakoterapii.

☐ Oświadczam, że przyjmowane leki toleruję dobrze i nie odczuwam działań niepożądanych.

☐ Oświadczam, że mój stan zdrowia od czasu ostatniej wizyty nie uległ zmianie.

☐ Oświadczam, że od czasu ostatniej wizyty nie przyjmuję żadnych nowych leków ani suplementów diety.

_____

[*podpis*]