

**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:	Liczba opakowań:
--------	--------	------------------

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 / przyjmuję następujące leki lub suplementy diety**:_____.

[podpis]

* skreślić niewłaściwe