

.....
Imię i nazwisko Pacjenta
.....

.....
miejscowość, data
.....

.....
PESEL
.....

UPOWAŻNIENIE do odbioru recept i zleceń na wyroby medyczne - powtórzonych

Oświadczam, że recepty na leki oraz zlecenia na wyroby medyczne, wystawiane dla mnie w ramach kontynuacji leczenia mogą być odbierane przez osoby trzecie, bez szczegółowego określania tych osób.

Przyjmuję do wiadomości i rozumiem, że ze względu na brak wskazania konkretnych osób, których upoważnienie to miałyby dotyczyć, muszę zachować szczególną ostrożność w udzielaniu innym osobom informacji o udzieleniu takiego upoważnienia, tak aby nie doszło do sytuacji, w której receptę lub zlecenie odbierze osoba niepowołana. Zobowiązuje się poinformować osobę, która będzie odbierać wystawione dla mnie recepty lub zlecenia, że konieczne będzie okazanie przez nią dowodu tożsamości.

Przyjmuję także do wiadomości i rozumiem, że kontynuacja recepty lub zlecenia, które może odebrać dla mnie inna osoba, może mieć miejsce tylko w przypadku leków lub wyrobów medycznych, które zostały mi już wcześniej przepisane przez lekarza na podstawie osobistego badania, i których potrzeba kontynuacji wynika z posiadanej przez lekarza dokumentacji medycznej. Nie otrzymam więc w ten sposób recepty ani zlecenia na lek lub wyrób medyczny, którego potrzeba zastosowania wymaga uprzedniego osobistego zbadania mnie przez lekarza.

.....
Podpis