

.....
Imię i nazwisko Pacjenta

.....
miejscowość, data

.....
PESEL

**UPOWAŻNIENIE
do odbioru recept i zleceń na wyroby medyczne**

Oświadczam, że recepty na leki oraz zlecenia na wyroby medyczne, wystawiane dla mnie w ramach kontynuacji leczenia mogą być odbierane przez:

- 1)
(imię, nazwisko, PESEL)
- 2)
(imię, nazwisko, PESEL)
- 3)
(imię, nazwisko, PESEL)

Zobowiązuję 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