

dotyczy:

(wypełnić w przypadku recept dla osoby niepełnoletniej lub ubezwłasnowolnionej)

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA

PESEL

TELEFON DO KONTAKTU

IMIĘ I NAZWISKO

DATA URODZENIA

PESEL

Oświadczam, że jestem osobą uprawnioną do korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, których dysponentem jest Narodowy Fundusz Zdrowia, Oddział Wojewódzki w _____ . Moje uprawnienie wynika z opłacania składki zdrowotnej przez (należy określić płatnika - np. ZUS w przypadku renty/emerytury, nazwę w przypadku zakładu pracy):

W związku z powyższym zwracam się z prośbą o wystawienie recept na następujące leki refundowane:

- | | | | | |
|----|---------------------|-------|--------------------------|----------------------------|
| 1. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |
| 2. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |
| 3. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |
| 4. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |
| 5. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |
| 6. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |
| 7. | _____ | _____ | _____ | _____ |
| | NAZWA I POSTAĆ LEKU | DAWKA | ILOŚĆ OPAKOWAŃ LUB DAWEK | DAWKOWANIE NP. 2 x 1 tabl. |

Oświadczam, że wymienione leki zostały mi zalecone przez lekarza do nieprzerwanego stosowania, pod groźbą utraty zdrowia i/lub życia, z uwagi na następujące choroby (informacja niezbędna do ustalenia zakresu refundacji):

- nadciśnienie tętnicze cukrzyca typu 1 cukrzyca typu 2
 wrzody żołądka / dwunastnicy niedoczynność tarczycy
 astma lub przewlekła obturacyjna choroba płuc padaczka
 przewlekłe bóle stawów lub kręgosłupa osteoporoza
 wysoki poziom cholesterolu depresja jaskra
 choroba nowotworowa przerost gruczołu krokowego

W przypadku **nadciśnienia lub cukrzycy**
 prosimy podać:
 · **przeciętne ciśnienie** w pomiarach domowych
 _____ / _____ mmHg
 · **poziom glukozy** na czczo _____ mg/dl
 2 godz. po jedzeniu _____ mg/dl

Inne: _____

Oświadczam, że w przypadku leków zaleconych przez lekarzy spoza tutejszej przychodni moja prośba wynika z braku możliwości uzyskania recept(y) w poradni inicjującej leczenie z częstością zapewniającą ciągłość terapii.

Bydgoszcz, dnia _____

DATA

PODPIS