

# ZAMÓWIANIE e-RECEPTY

## OŚWIADCZENIE O KONIECZNOŚCI KONTYNUACJI LECZENIA

NZOZ przy Uniwersytecie Morskim w Gdyni

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko pacjenta

\_\_\_\_\_  
PESEL

\_\_\_\_\_  
Adres: miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr domu, nr mieszkania

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu

Zamawiam e-receptę na następujące leki przyjmowane przewlekłe:

\_\_\_\_\_  
Nazwa leku oraz dawka leku

\_\_\_\_\_  
Nazwa leku oraz dawka leku

\_\_\_\_\_  
Nazwa leku oraz dawka leku

### **Oświadczam, że**

- ✓ powyższe leki przyjmuję przewlekłe
- ✓ wymagam kontynuacji leczenia
- ✓ mam utrudniony dostęp do wybranego przeze mnie lekarza POZ w przychodni:

\_\_\_\_\_  
Nazwa oraz adres przychodni, w której dokonałem wyboru lekarza POZ

\_\_\_\_\_  
Podpis pacjenta

\_\_\_\_\_  
Data