

## KONTYNUACJA FARMAKOTERAPII

**Formularz zamówienia recepty**

Imię i nazwisko	
Data urodzenia	
Adres zamieszkania	
Lekarz prowadzący	
Nazwa leku	
Liczba opakowań	

**Oświadczenie pacjenta**

1. Oświadczam, że nie zaobserwowałam/em u siebie żadnych działań niepożądanych związanych z przyjmowaniem leku.
2. Oświadczam, że nie zaobserwowałam/em u siebie żadnych problemów zdrowotnych związanych z dawkowaniem leku.
3. Deklaruję dobre ogólne samopoczucie oraz brak istotnych zmian w moim stanie zdrowia.
4. Zapoznałem się z regulaminem usługi Kontynuacja farmakoterapii i akceptuję postanowienia regulaminu.

.....  
data, podpis pacjenta

**Uwaga:** Z usługi mogą korzystać pacjenci, którzy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbyli w BM pełną wizytę u lekarza prowadzącego, a stan ich zdrowia oraz brak przeciwwskazań do otrzymania leków, odzwierciedlony w dokumentacji medycznej, pozwala na przyjmowanie leku.

Usługa "Kontynuacja farmakoterapii" jest odpłatna.

Zapotrzebowanie na receptę zostanie przekazane do realizacji po wniesieniu opłaty w wysokości 50 zł przelewem na konto **76 1140 1010 0000 5484 3000 1005**. W przypadku braku wpłaty w terminie do 7 dni od zgłoszenia, zamówienie recepty będzie anulowane.

Regulamin usługi dostępny jest na stronie internetowej: <https://babkamedica.pl/strefa-pacjenta/formularze-do-pobrania>