

WNIOSEK O WYSTAWIENIE RECEPTY / KONTYNUACJĘ LECZENIA

Wniosek może zostać złożony osobiście w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ogrodzieńcu albo wrzucony do skrzynki podawczej na terenie Gminy Ogrodzieniec (Ryczów, Ryczów-Kolonia, Giebło, Mokrus, Cementownia oraz skrzynka podawcza w SPZOZ w Ogrodzieńcu). Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ogrodzieńcu z siedzibą przy Placu Wolności 23, 42-440 Ogrodzieniec.

Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Macieja Zarembę, adres poczty elektronicznej: maciej@zarembowie.net, numer telefonu: 505 98 10 42. Szczegółowe informacje o przetwarzaniu danych osobowych pacjentów znajdują się w „Klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych pacjentów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ogrodzieńcu”, dostępnej w rejestracji, na tablicy ogłoszeń oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Ogrodzieniec.

Złożenie niniejszego wniosku nie gwarantuje wystawienia recepty. Decyzję o wystawieniu lub odmowie wystawienia recepty podejmuje lekarz, na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej, obowiązujących przepisów prawa oraz oceny medycznej. W przypadku odmowy wystawienia recepty pacjent zostanie poinformowany o przyczynie odmowy oraz o możliwości umówienia wizyty w celu ponownej oceny medycznej.

Wnioski są rozpatrywane w kolejności wpływu, orientacyjny czas oczekiwania na decyzję lekarza wynosi do 5 dni roboczych od daty zarejestrowania wniosku. W razie potrzeby pacjent może zostać wezwany na wizytę lub kontakt telefoniczny przed podjęciem decyzji.

I. DANE PACJENTA

Imię i nazwisko

Numer PESEL / data urodzenia*.....

(niepotrzebne skreślić)

Miejsce zamieszkania:.....

Numer telefonu (dobrowolnie):

Dane kontaktowe (numer telefonu) podaje Pani/Pan dobrowolnie. Będą one wykorzystywane wyłącznie w celu kontaktu w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i realizacją niniejszego wniosku, w szczególności do przekazania informacji o terminach wizyt oraz kodu e-recepty, w tym w przypadku wniosku złożonego za pośrednictwem skrzynki podawczej.

II. WNIOSEK O WYSTAWIENIE RECEPTY / KONTYNUACJĘ LECZENIA

Proszę o wystawienie recepty / kontynuację leczenia na następujące leki (nazwa leku, dawka, postać, wielkość opakowania):

L.P.	Nazwa leku / wyrobu medycznego	Dawka	Ilość opakowań
1			
2			
3			
4			
5			

Uzasadnienie wniosku (na przykład: kontynuacja leczenia choroby przewlekłej, dotychczasowe dawkowanie, ostatnia wizyta):

.....

.....

Uzasadnienie proszę podać tylko w zakresie potrzebnym do oceny możliwości kontynuacji leczenia na podstawie posiadanej dokumentacji medycznej.

III. OŚWIADCZENIA PACJENTA

Proszę zaznaczyć właściwe: **Oświadczam, że jestem / nie jestem*** w trakcie leczenia szpitalnego, sanatoryjnego lub innego leczenia stacjonarnego.
(*niepotrzebne skreślić)

Oświadczam, że przyjmuję wnioskowany lek lub leki zgodnie z dotychczasowymi zaleceniami lekarza i według mojej wiedzy nie stwierdzono u mnie przeciwwskazań do dalszego stosowania tych leków.

Zobowiązuję się poinformować lekarza o każdej istotnej zmianie stanu zdrowia, która może mieć wpływ na ordynację wnioskowanego leku lub leków.

Oświadczam, że wszystkie dane i informacje zawarte w niniejszym wniosku są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym.

IV. SPOSÓB PRZEKAZANIA KODU E-RECEPTY

Proszę o przekazanie kodu e-recepty w następujący sposób (zaznaczyć właściwe):

[.....] wiadomość tekstowa (SMS) na wskazany numer telefonu

[.....] rozmowa telefoniczna na wskazany numer telefonu

[.....] osobiście w rejestracji

[.....] za pośrednictwem osoby upoważnionej (część V)

Informacja:

– podanie numeru telefonu jest dobrowolne, ale może być konieczne do realizacji wybranej formy przekazania kodu e-recepty,

– dane kontaktowe są wykorzystywane wyłącznie w sprawach związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i realizacją niniejszego wniosku.

V. OSOBA UPOWAŻNIONA DO ODBIORU KODU E-RECEPTY / INFORMACJI W ZAKRESIE NINIEJSZEGO WNIOSKU (wypełnić, jeżeli dotyczy)

Oświadczam, że upoważniam niżej wskazaną osobę do odbioru kodu e-recepty oraz uzyskiwania informacji w zakresie niniejszego wniosku:
Imię i nazwisko osoby upoważnionej:

.....

Numer dokumentu tożsamości osoby upoważnionej:

.....

Numer telefonu osoby upoważnionej (dobrowolnie):

.....

Dane osobowe osoby upoważnionej (imię, nazwisko, numer dokumentu tożsamości, dane kontaktowe – jeżeli zostaną podane) będą przetwarzane przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Ogrodzieńcu w celu weryfikacji tożsamości osoby upoważnionej oraz realizacji udzielonego upoważnienia, zgodnie z „Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób upoważnionych przez pacjentów w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Ogrodzieńcu”, dostępną w rejestracji oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Gminy Ogrodzieniec.

VI. PODPISY

Miejscowość: Data:

Podpis pacjenta / przedstawiciela ustawowego:

.....

Podpis osoby upoważnionej (jeżeli dotyczy):

.....

Podpis pracownika przyjmującego wniosek:

.....

Część do wypełnienia przez lekarza

Data i godzina przyjęcia wniosku:

.....

Lekarz prowadzący / lekarz wystawiający receptę:

.....

Decyzja lekarza / uwagi (na przykład: recepta wystawiona, odmowa wystawienia recepty z podaniem przyczyny):

.....

.....

.....

Podpis lekarza:

.....