



Formularz zamówienia recepty

Dane Pacjenta

.....
Imię i nazwisko osoby, dla której ma być wystawiona recepta. *

.....
Data urodzenia pacjenta. *

.....
Numer telefonu do kontaktu *

Wzrost** cm

Waga** kg

Odbiór recepty

Wybierz jedną z dwóch opcji, w zależności czy posiadasz Internetowe Konto Pacjenta.*

- Posiadam IKP
 Nie posiadam IKP

Kod e-recepty zostanie automatycznie wysłany SMS-em na numer telefonu podany przez Pacjenta.

Termin realizacji zamówienia do 7 dni.

Zamawiane leki

Wpisz leki, które mają się znaleźć na receptie: nazwę leku, dawka, ilość opakowań i ich dawkowanie*

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wymagane oświadczenia *

- Osoba, dla której ma zostać wystawiona recepta, nie przebywa aktualnie w szpitalu.
 Oświadczam, iż zapoznałem/-am się ze znajdującą się poniżej klauzulą informacyjną w celu zrealizowania zamówienia.
 Oświadczam, iż zapoznałem/-am się z powyższymi zasadami składania zamówień na e-recepty.

* Wszystkie pola oznaczone * są wymagane.

** na podstawie §6, ust. 3 pkt. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych

Administratorem Państwa danych jest PULS-MED S.C. Niepubliczna Przychodnia Medycyny rodzinnej „ZDROWIE” w Iławie. Podanie danych w celu zamówienia i realizacji recepty jest obowiązkowe, co wynika z ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.