

.....
(miejsowość/ data)

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a, (imię i nazwisko pacjenta),
..... (PESEL), oświadczam, że w związku z
..... (choroba, dolegliwość, na
którą pacjent się leczy) stale przyjmuję następujące lekarstwa:

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Proszę o przepisanie w/w lekarstw celem kontynuacji dotychczasowego leczenia bez konieczności odbycia wizyty lekarskiej.

Oświadczam, że:

- mój stan zdrowia jest stabilny i nie wymaga przeprowadzenia badań lekarskich i odbycia wizyty lekarskiej;
- nie wystąpiły u mnie inne dolegliwości, oraz nie rozpocząłem leczenia i nie pobieram leków, które kolidowałyby z dotychczas przyjmowanymi,
- lekarstwa przyjmuję zgodnie z zaleceniami lekarza prowadzącego;
- wskazania do zażywania w/w lekarstw nie uległy zmianie;
- biorę na siebie odpowiedzialność, za skutki stosowania lekarstw, bez odbycia wizyty lekarskiej, oraz podania nieprawdziwych danych w niniejszym oświadczeniu.

Zobowiązuję się w dalszym ciągu stosować do zaleceń lekarskich, a także przechowywać lekarstwa z daleka od osób trzecich.

Świadom odpowiedzialności karnej, z art. 233 par. 2 k.k., potwierdzam zgodność podanych danych ze stanem faktycznym.

.....
(data i podpis pacjenta)