



OŚWIADCZENIE

.....
(miejscowość/data)

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.
7.
8.
9.
10.

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)