

Pieczęć Poradni

data, dn. 201.....

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE*

Nazwisko i imię.....

Data urodz. :Pesel

Zamieszkały(a):

Jest / nie jest** objęty leczeniem w Poradni Specjalistycznej

z rozpoznaniem :

.....

KODY ICD -10.....

Rokowanie:.....

Zalecane leki z dawkowaniem i okresem stosowania:

Nazwa leku	Dawkowanie	Okres stosowania

Termin wizyty kontrolnej w Poradni Specjalistycznej

Pieczęć i podpis lekarza

*PROSIMY O CZYTELNE WYPEŁNIENIE-dokument nieczytelny nie będzie respektowany – WSZYSTKIE POLA OBOWIĄZKOWE

**niepotrzebne skreślić

„W sytuacjach pacjentów chorych przewlekle ordynowanie przez lekarza POZ leków związanych z tymi chorobami jest możliwe wtedy, kiedy posiada on pełną informację stanowiącą podstawę do bezpiecznego ordynowania takich leków. Za taką informację należy uznać udokumentowany proces diagnozowania i leczenia (również farmakoterapii) prowadzonego przez niego samego, jak i innych lekarzy. Nie powinno się przy tym przyjmować za wiarygodną i bezpieczną, informację o stosowanej farmakoterapii przekazywaną ustnie przez pacjenta.

*Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U.08.81.484) w przypadku kontynuacji leczenia specjalistycznego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wystawienie przez niego recepty na leki refundowane w chorobach przewlekłych jest możliwe wyłącznie, jeżeli posiada on **informację od lekarza specjalisty dotyczącą rozpoznania, rokowania oraz przepisanych leków wraz z określeniem ich dawkowania, przewidywanym okresie przyjmowania oraz terminach wizyt kontrolnych.**”*