

Town Family Doctor Ugovor za Prepisivanje Narkotika i Drugih Kontrolisanih Ljekova

1) Odgovornosti Pacijenta

- A) Pacijent mora iabrati jednu apoteku koju ce koristiti za podizanje ljekova. Molimo vas da napisite Ime i Broj telefona Apoteke. Sva pitanja oko ljekova da se upute ljekaru tokom regularnog radnog vremena.
- B) Pacijent je odgovoran za bezbjednost svojih ljekova. Novi ljekovi se nece prepisati ako su orginalni ljekovi izgubljeni ili unisteni.
- C) Ako koristite ljekove za bolove ili druge ljekove na dnevnoj bazi, koji su klasirani kao kontrolisane substance, onda je ucestanost pregleda odluka doktora. Pregledi su obavezni i racuni su pacijentova odgovornost koji se moraju platiti prije pregleda.
- D) Ponasanje u ordinaciji mora biti pristojno. Pacijent ne smije da koristi kontrolisane ljekove od drugih doktora bez informisanja naseg doktora tokom radnih sati.
- E) Ako vam je vas doctor prepisao ljekove da ih uzimate zajedno sa kontrolisanim ljekovima, u tom slucaju, ti se ljekovi moraju uzimati po doktorovim instrukcijama. Cilj ljecenja kronicnih bolesti je da se uzima najniza doza narkotika potrebna da se tretira bolest. Ljekovi koji se prepisuju sa narkoticima poboljsavaju akciju narkotika i drugih kontrolisanih substanci. Ukoliko ne koristite ljekove koje je doktor prepisao, po uputama doktora, terapija ce prestati i ljekovi nece vise biti prepisani.
- F) Samo vi mozete koristiti ljekove prepisane vama. Davanje vasih ljekova drugim osobama ce prouzrokovati prekid ljecenja. Neodgovorno korištenje i cuvanje ljekova je prekršavanje ovog kontrakta i prouzrokovati ce prekid ljecenja.
- G) Dio ovog ugovora ukljucuje da svi pacijenti kojima su prepisani narkotici ili drugi kontrolisani ljekovi, se mogu biti testirani za prisustvo prepisanih i neprepisanih lijekova i ostalih substance. Pacijenti se moraju pojaviti za provjeru broja tableta u 48 sati od notifikacije za testiranje. Troškovi ovog testiranja su pacijentova odgovornost. Pacijent mora odrzavati funkcionalan telefonski broj, i informisati ordinaciju o promjeni broja na vrijeme i prije poziva. Nepoljavljivanje za testiranje iz bilo kojeg razloga ce prouzrokovati prekid ljecenja. Ako testiranje pokaze da pacijent ne koristi prepisane ljekove ili koristi neprepisane ljekove, zabranjene substance, ili ako se prepisani ljekovi ne koriste po uputama doktora, to moze prouzrokovati prekid ljecenja.
- H) Svi pacijenti koji primaju narkotike mogu biti usmjereni da se konsultiraju sa psihijatrom, specijalistom za bol, specijalistom za ovisnost, itd. Potpisom ovog dokumenta ja se obavezujem da obavim konsultacije preporucene od doktora.
- I) Nezakonito je da se traze ljekovi zbog laznih razloga, da se mjenja doktorova uputa za ljekove, ljecenje ili konsultacije, da se prodaju, daju, razmjenjuju prepisani ljekovi. Prekršenje zakona ce biti prijavljeno policiji i ova ordinacija ce asisitirati kriminalnoj istrazi po zakonu. Ako prekršite zakon, mi smo obavezni da vas otpustimo iz prakse.

2) Odgovornosti doktora

- A) Samo doctor koji vas ljeci ili partner u njegovoj praksi vam moze prepisati narkotike ili druge kontrolisane ljekove.
- B) Vas doctor radi pod nadzorom republickih i drzavnih zakona i striktno se pridrzava tih zakona u odnosu sa narkoticima i drugim kontrolisanim ljekovima
- C) Ako ne odrzavate uslove ovog ugovora vas doctor nece prepisati narkotike ili druge kontrolisane ljekove, i to moze prouzrokovati prestanak ljecenja. O otpustanju iz prakse bit cete informisani pisomom i imat cete 30 dana da nadjete drugog doktora. U tih trideset dana mi vam mozemo pruziti samo urgentno ljecenje.

Mojim potpisom ja potrdjujem da se slazem sa svim tackama ovog ugovora. Ja razumijem da prekršenje ovog ugovora moze rezultirati u prestanku ljecenja, obustavljanju ljekova i otpustanja iz ordinacije a potencijalno moze imati zakonske posljedice za mene.

Inicijal pacijenta \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Printed Name/ *Stampano Ime*: \_\_\_\_\_

Prescribing Physician Name/*Ime Doktora*: \_\_\_\_\_ Witness/*Svjedok*: \_\_\_\_\_

Original Drug Screen Date (optional)/Datum Testiranja (Opcionalno): \_\_\_\_\_

Designated Pharmacy Name/*Farmacija*: \_\_\_\_\_ Tel #: \_\_\_\_\_