区人民医院社康中心（站）代开药授权委托书

本人姓名：_____(以下简称委托人)，身份证号：_____，因□行动不便□长期卧床□其他_____原因，无法前往_____社区健康服务中心（站）就诊开药，特委托本人亲属姓名：_____(以下简称受托人)身份证号：_____，与本人关系为□父子(女)□母子(女)□配偶□其他_____，代本人到社康开药。本人联系方式：_____;受托人联系方式：_____。

以下事项本人及受托人已认真阅读并理解：

1.如实告知病情、病史、过敏史、用药史，无隐瞒，信息真实有效。

2.明知仅能为诊断明确、病情稳定，需长期服用同类药品（仅限慢病类药品）的复诊患者代开药。

3.本人将严格按医嘱与药品说明书用药，不擅自调整剂量、用法或停药。

4.本人将密切观察用药反应，确保出现不适或病情变化能及时复诊。

5.本人将按照药品说明书的存储要求妥善保存药品，避免药品受潮、变质或过期。

6.本人确保代开药品仅限本人使用，不转借、转售他人。

7.知晓并配合社康提供代开药相关文件，如：本人身份证、社保卡、受托人身份证等。

委托人及受托人郑重承诺保证所提供的信息和材料均真实有效，不存在任何虚假信息，自愿承担由此产生的一切法律责任。

委托人(签名按手印)：_____　　年　　月　　日

受托人(签名按手印)：_____　　年　　月　　日