ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Место за потврда за платен придонес

РЕЦЕПТ Бр. _____

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК

Подрачна служба _____

Презиме и име _____

Адреса _____

ЕМБГ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЕЗБО ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Број на здравствен картон ☐☐☐☐☐☐☐

Број на здравствена легитимација ☐☐☐-☐☐☐☐☐☐☐-☐☐

Податоци за носителот на осигурување

Презиме и име _____

ЕМБГ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЕЗБО ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Алергии/состојби _____

Препорака од специјалист / субспецијалист / конзилиум ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

Н ☐ А ☐ Х ☐ ☐☐☐☐☐☐ дијагноза

Rp.

_____	_____	М.П.	_____
датум на пропишување	датум на важност од (за хронична терапија)		факсимил и потпис на лекар

Шифра на лекот ☐☐☐☐☐☐ Шифра на аптека ☐☐☐☐☐☐☐☐

Количина на лек по единица фамацевтска форма ☐☐☐ Број на спецификација ☐☐☐☐☐☐

Пакување ☐☐☐ Реден број на рецептот во спецификација ☐☐☐☐☐☐

М.П.

_____	_____	_____
датум на издавање на лекот	шифра и потпис на фармацевтскиот техничар	факсимил и потпис на фармацевтот