

РЕЦЕПТ Бр. _____

ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК ЗА СТРАНКИ ОСИГУРЕНИК

Подрачна служба _____

Презиме и име _____

Адреса _____

Број на здравствено
осигур. / идентификација

Број на ЕНПС картица

Држава _____

Број на пасош _____ Датум на раѓање

Податоци за носителот на осигурување

Презиме и име _____

Број на здравствено
осигур. / идентификација

Алергии/состојби _____

Препорака од
специјалист / субспецијалист / конзилиум

Rp.

H A X
дијагноза



_____ датум на пропишување

_____ датум на важност од
(за хронична терапија)

М.П.

_____ 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