

РЕЦЕПТ Бр. _____

Подрачна служба _____

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ

ЕЗБО

Основ на осигурување

Податоци за носителот на осигурување

Име и презиме _____

ЕМБГ

ЕЗБО

Алергии/состојби _____

Број на препорака:

Датум на препорака:

Број на факсимил на специјалист / супспецијалист / конзилиум

Н А Х

Rp.

МКБ шифра на дијагноза

Генеричко име (INN), форма и јачина на лек:

Количина на лек:

Сигнатура:

Времетраење на терапија (денови):

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

Шифра на дежурна лекарска служба

Шифра на рурална служба

Шифра на издаден лек

Шифра на аптека - организациона единица

Број на парчиња на лекот

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