

РЕЦЕПТ Бр. _____
ЗА СТРАНСКИ ОСИГУРЕНИК

Образец РО2

Подрачна служба _____

Име и презиме _____

Адреса _____

Број на здравствено осигур. / идентификација

Број на Сертификат / ЕНИС

Држава _____ Датум на раѓање

Податоци за носителот на осигурување:

Име и презиме _____

Број на здравствено осигур. / идентификација

Алергии/состојби _____

Број на препорака: Датум на препорака:

Број на факсимил на специјалист / супспецијалист / конзилиум

Н А Х

МБК шифра на дијагноза

Rp.

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 факсимил и потпис
(за хронична терапија) 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