



ОБРАЗАЦ: 4



Назив здравствене установе

Адреса здравствене установе

Шифра ЗУ: _____

Подаци о прописивачу лека:

ИД број лекара: _____

Датум прописивања лека: _____

ХИТНОСТ: ДА НЕ

НЕ ЗАМЕЊУЈ: ДА НЕ

ООП: _____

АТРИБУТ: _____

ШИФРА ДРЖАВЕ: _____

Број и датум доношења
конзилијарног мишљења

Д	Д	М	М	Г	Г	Г	Г		

БРОЈ ОБНАВЉАЊА: 2 3 4 5 6

Подаци о пацијенту:

БЗКт/п:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ЛБО:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

БЗК:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Име: _____

Презиме: _____

Датум рођења: _____

Контакт подаци пацијента: _____

РЕРЕТАТУР NON РЕРЕТАТУР

Број историје болести:

--	--	--	--	--	--

Индикација:

--	--	--	--	--	--

Шифра основе осигурања:

--	--

Шифра филијале:

--	--

МКБ:

--	--	--	--	--	--

Rp./	ИМЕ и ШИФРА ЛЕКА		
	ФАРМАЦЕУТСКИ ОБЛИК	ЈАЧИНА	КОЛИЧИНА
	ДОЗИРАЊЕ и НАЧИН УПОТРЕБЕ		

НАПОМЕНА:

_____ идентификација лекара

Назив апотеке: _____

Датум издавања
лека: _____

Адреса апотеке: _____

Редни број: _____

ИМЕ и ШИФРА ИЗДАТОГ ЛЕКА	КОЛИЧИНА
-----------------------------	----------

_____ потпис пацијента

_____ идентификација фармацеута