

Šifra i naziv zdravstvene ustanove:

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

M.P.

Zdravstvena ustanova

JMBG, ime i prezime osiguranika:

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

Adresa osiguranika:

Kontakt telefon osiguranika:

Šifra filijale osiguranika:

--	--

Registarski broj:

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

Broj knjižice:

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

Broj istorije bolesti:

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

Šifra osnovne osiguranja:

--	--

Broj i datum donošenja konzilijarnog mišljenja:

dd		mm		gggg					

Šifra propisanog leka:

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

Količina:

--	--	--	--

komada
(ampula, tableta, bočica,...)

Indikacije:

Šifra dijagnoze (MKB10):

--	--	--	--

Zaštićeno ime leka, oblik, doza i pakovanje:

ID broj lekara:

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

Potpis i pečat lekara:

Šifra izdatog leka:

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

Količina:

--	--	--	--

komada
(ampula, tableta, bočica,...)

Datum izdavanja:

dd		mm		gggg			

Potpis farmaceuta: