



ОБРАЗАЦ: 4



Назив здравствене установе

Адреса здравствене установе

Шифра ЗУ: _____

Подаци о прописивачу лека:

ИД број лекара: _____

Датум прописивања лека: _____

ХИТНОСТ:

☐	ДА	☐	НЕ
☐	ДА	☐	НЕ

ЗАМЕЊУЈ:

☐	ДА	☐	НЕ
☐	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

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