



ОБРАЗАЦ: 1



Назив здравствене установе

Адреса здравствене установе

Подаци о пацијенту:

Подаци о прописивачу лека:

БЗКг/п:																			
ЛБО:																			

Датум прописивања лека: _____

Име: _____

ХИТНОСТ: ДА НЕ

Презиме: _____

ЗАМЕЊУ: ДА НЕ

Датум рођења: _____

REPETATUR NON REPETATUR

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: _____

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

 потпис пацијента

 идентификација фармацеута



ОБРАЗАЦ: 2



Назив здравствене установе

Адреса здравствене установе

Подаци о пацијенту:

Подаци о прописивачу лека:

БЗКт/п:

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

ЛБО:

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

БЗК:

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

ИД број лекара: _____

Име: _____

Датум прописивања лека: _____

Презиме: _____

ХИТНОСТ:

	ДА	НЕ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Датум рођења: _____

ЗАМЕЊУЈ:

	ДА	НЕ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ООП: _____

РЕРЕТАТУР NON РЕРЕТАТУР

АТРИБУТ: _____

ШИФРА ДРЖАВЕ: _____

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



ОБРАЗАЦ: 3

**Назив здравствене установе**

Адреса здравствене установе

Подаци о пацијенту:

Подаци о прописивачу лека:

БЗКг/п:																			
ЛБО:																			

Датум прописивања лека: _____

Име: _____

ХИТНОСТ:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ
ЗАМЕЊУ:	<input type="checkbox"/> ДА	<input type="checkbox"/> НЕ

Презиме: _____

Датум рођења: _____

Контакт подаци пацијента: _____

РЕРЕТАТУР NON РЕРЕТАТУР Број историје болести:

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

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: _____

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

_____ потпис пацијента

_____ идентификација фармацеута



ОБРАЗАЦ: 4

**Назив здравствене установе**

Адреса здравствене установе

Шифра ЗУ: _____

Подаци о прописивачу лека:

ИД број лекара: _____

Датум прописивања лека: _____

ХИТНОСТ:

ДА	НЕ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ЗАМЕЊУЈ:

ДА	НЕ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ООП: _____

АТРИБУТ: _____

ШИФРА ДРЖАВЕ: _____

Број и датум доношења
конзилијарног мишљења

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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