Kód pojišťovny

RECEPT

poř. č.	

Údaje platné pro celý recept (výpis, pohotovost, repetatur s počtem opakování, nutná a neodkladná péče atd.)

Příjmení a jméno		
Číslo pojištěnce		f.
Bydliště (adresa)		

Popl.	Diagnóza*)	Sk.	Kód	Započ. dopl.	Úhrada

Rp.

Popl.	Diagnóza*)	Sk.	Kód	Započ. dopl.	Úhrada

Rp.

Dne:

razítko poskytovatele,
jmenovka, podpis a telefon lékaře

Připravil:	Vydal:

*) Vyplňuje se povinně v případě zvýšené úhrady.

Místo pro záznamy zdravotní pojišťovny:

Delegovaná preskripce: IČP:

Lékárna: