



ОБРАЗАЦ: 4



Назив здравствене установе

Адреса здравствене установе

Шифра ЗУ: \_\_\_\_\_

Подаци о прописивачу лека:

ИД број лекара: \_\_\_\_\_

Датум прописивања лека: \_\_\_\_\_

ХИТНОСТ:  ДА  НЕЗАМЕЊУЈ:  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