




VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU

Kópia alebo odpis

Lekársky predpis		Kód lekára:	
 AA0123456789			
Priezvisko a meno:	Rodné číslo:		
Bydlisko:	Kód ZP:		
1. Diagnóza	Kód lieku	Hradí	
Rp.		poist'ovňa	pacient
		suma	suma
2. Diagnóza	Kód lieku	Spolu:	Spolu:
Dátum vyplnenia:	Dátum výdaja:	Poradové číslo predpisu:	
Podpis a odtlačok pečiatky lekára Tel. č. lekára	Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárnika		

Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.