VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU

Prvopis

Lekársky predpis

AA0123456789

Kód lekára:

Priezvisko a meno:

Rodné číslo:

Bydlisko:

Kód ZP:

1. Diagnóza

Kód lieku

Rp.

Hradí	
poisťovňa	pacient
suma	suma
Spolu:	Spolu:

2. Diagnóza

Kód lieku

Dátum vyplnenia:

Podpis a odtlačok pečiatky lekára

Tel. č. lekára

Dátum výdaja:

Poradové číslo predpisu:

Odtlačok pečiatky lekárne a

podpis vydávajúceho lekárnika

Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.