Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Прилог 3

ПОТВРДА ЗА ПРОПИШАН ЕЛЕКТРОНСКИ РЕЦЕПТ

Од избран лекар ☐ замена на избран лекар ☐ _____
(име и презиме)

од ПЗУ _____
(назив на здравствената установа)

од дејноста: општа медицина ☐ општа стоматологија ☐ гинекологија ☐

од _____ , Подрачна служба _____
(место)

Потврдувам дека на лицето _____
(име и презиме)

со ЕМБГ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ и ЕЗБО ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

му е пропишан електронски рецепт со број _____ , на товар на Фондот за здравствено осигурување, по препорака на лекар специјалист / субспецијалист / конзилиум:

☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐

за хронична терапија, за дијагноза ☐☐☐☐☐☐

за лек _____
(генеричко име, фармацевтска дозажна форма и јачина на лек)

во количина од _____ пакувања/ единици[1]

со сигнатура _____

Рецептот е пропишан на датум _____ , со датум на важност од _____

Датум _____

Факсимил и потпис на лекарот _____

М.П.

[1] Лековите се пропишуваат согласно *Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување* (1 пакување на 1 рецепт). За лековите пропишани во количина од 1 пакување се наведува бројот 1, а за лековите чии оригинални пакувања со Одлука на УО на ФЗО е утврдено дека се делат, се наведува бројот на пропишани единици од оригиналното пакување.