Naročilo recepta ali napotnice za kontrolni pregled

**Obvezni podatki:**

Ime in priimek \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum rojstva \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefon na katerem ste dosegljivi \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Naročam (ustrezno obkroži)**

**a.) predpis receptov za zdravila:**

|  |
| --- |
|  |

Prosim predhodno preverite zaloge zdravil doma, da usklajeno predpisujemo vso terapijo hkrati.

Naročilo na predpis terapije, ki je še niste imeli in zdravil, ki vsebujejo antibiotik ali antimikotik brez pregleda ni možen.

**b.) napotnico za kontrolni pregled ali poseg na katerega ste naročeni:**

obvezna priloga:

* **izvid** iz katerega je razvidna predhodna obravnava in potreba po kontrolnem pregledu z navodili specialista ali
* **vabilo** z datumom kontrolnega pregleda.

PREDPIS NAPOTNIC ZA PRVI PREGLED BREZ PREGLEDA PRI ZDRAVNICI NI MOŽEN.