

Exigeix sempre la teva recepta mèdica privada en format oficial



RECETA MÈDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).

Núm. envases / unidades:

Vía de administración _____

Información al Farmacéutico, en su caso

* La validez de esta receta expira a los 10 días naturales de la fecha prevista para dispensación, o en su defecto de la fecha de tratamiento. La medicación prescrita no superará los 6 meses de farmacia. Esta receta podrá ser dispensada en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional.

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE)

PRESCRIPTOR (Nombre, apellidos, nº de colegiado, especialidad, dirección, población y firma)

Fecha de la prescripción * ____ / ____ / ____

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)

En cumplimiento de lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, se le informa que sus datos serán incorporados en un fichero médico, así como en los ficheros de la gestión y control de la prescripción de la farmacia dispensadora de la misma finalidad. Se le informa que podrá acceder, rectificación, cancelación y...

Motivo de la

- Urgencia
- Desabastecimiento
- Otros (indicar) _____

Duración del tratamiento

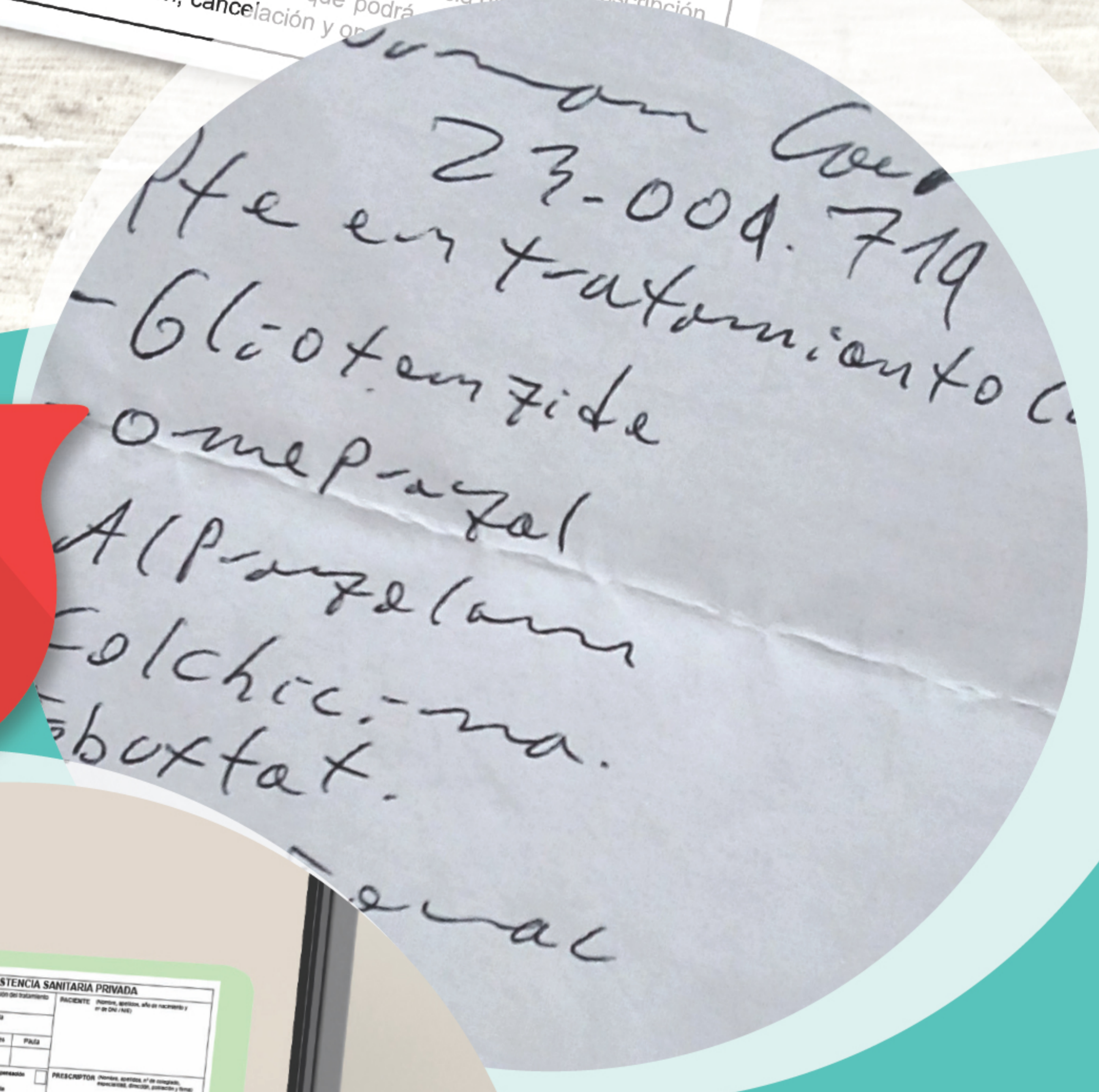
Posología

Unidades **Pauta**

Nº orden dispensación

Fecha prevista ____ / ____ / ____

Firma de Farmacéutico



El teu metge, odontòleg o podòleg et receptarà els medicaments que necessitis.

El teu farmacèutic et dispensarà els medicaments i t'assessorarà de forma individualitzada.



En compliment de l'RD 1718/2010 sobre recepta mèdica i ordres de dispensació.