


RECEPTA REALIZOWANA W POLSCE WYSTAWIONA NA RZECZ POLSKIEGO ŚWIADCZENIOBIORCY

Recepta DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA RECEPTY (lekarza, lekarza dentysty, felczera, pielęgniarki, położnej) LUB ŚWIADCZENIODAWCY, U KTÓREGO OSOBA UPRAWNIONA PRACUJE 		<ul style="list-style-type: none"> • nazwa / firma • miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego (miejscowość, ulica, nr domu, numer lokalu) • numer telefonu • dziewięć pierwszych cyfr REGON
Pacjent DANE OSOBY, DLA KTÓREJ RECEPTA JEST WYSTAWIANA PESEL	Oddział NFZ IDENTYFIKATOR PŁATNIKA (01-16)	Uprawnienia dodatkowe KOD (AZ/BW/CN/DN/ IB/IN/IW/PO/WP/ZK/X)
imię i nazwisko adres zamieszkania/adres pełnienia służby/adres OPS wiek (dziecko >18r.ż. bez PESEL) PESEL/nr PASZPORTU/nr innego dok. tożsamości	SYMBOL I. WŁAŚCIWY	
Rp DANE DOT. PRZEPISANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH, WYROBÓW MEDYCZNYCH: <ul style="list-style-type: none"> • nazwa lub nazwa skrócona • postać • dawka • ilość • sposób dawkowania INFORMACJE DOTYCZĄCE ODPLATNOŚCI LEKU, ŚRODKA SPOŻYWCZEGO, WYROBU MEDYCZNEGO: <ul style="list-style-type: none"> • B lub równoważne - bezpłatnie • R lub równoważne - odpłatność ryczałtowa • 30% - odpłatność 30% • 50% - odpłatność 50% • 100% - odpłatność 100% 		Odpłatność
DATA WYSTAWIENIA RECEPTY DATA REALIZACJI „OD DNIA”: DATA REALIZACJI OD WSKAZANEGO DNIA		Dane i podpis lekarza <ul style="list-style-type: none"> • imię i nazwisko • nr prawa wykonywania zawodu Dane podmiotu drukującego

RECEPTA REALIZOWANA W POLSCE WYSTAWIONA NA RZECZ OSOBY UPRAWNIONEJ

Recepta DANE OSOBY UPRAWNIONEJ DO WYSTAWIENIA RECEPTY (lekarza, lekarza dentysty, felczera, pielęgniarki, położnej) LUB ŚWIADCZENIODAWCY, U KTÓREGO OSOBA UPRAWNIONA PRACUJE 		<ul style="list-style-type: none"> • nazwa / firma • miejsce udzielania świadczenia zdrowotnego (miejscowość, ulica, nr domu, numer lokalu) • numer telefonu • dziewięć pierwszych cyfr REGON
Pacjent DANE OSOBY, DLA KTÓREJ RECEPTA JEST WYSTAWIANA PESEL	Oddział NFZ SYMBOL I. WŁAŚCIWY	Uprawnienia dodatkowe KOD (AZ/BW/CN/DN/ IB/IN/IW/PO/WP/ZK/X)
imię i nazwisko adres zamieszkania/adres pełnienia służby/adres OPS wiek (dziecko >18r.ż. bez PESEL) nr PRAWIADZENIA PESEL/nr PASZPORTU/ nr in. dok. tożsamości	KOD (AZ/BW/CN/DN/ IB/IN/IW/PO/WP/ZK/X)	
Rp DANE DOT. PRZEPISANYCH LEKÓW, ŚRODKÓW SPOŻYWCZYCH, WYROBÓW MEDYCZNYCH: <ul style="list-style-type: none"> • nazwa lub nazwa skrócona • postać • dawka • ilość • sposób dawkowania INFORMACJE DOTYCZĄCE ODPLATNOŚCI LEKU, ŚRODKA SPOŻYWCZEGO, WYROBU MEDYCZNEGO: <ul style="list-style-type: none"> • B lub równoważne - bezpłatnie • R lub równoważne - odpłatność ryczałtowa • 30% - odpłatność 30% • 50% - odpłatność 50% • 100% - odpłatność 100% 		Odpłatność
DATA WYSTAWIENIA RECEPTY DATA REALIZACJI „OD DNIA”: DATA REALIZACJI OD WSKAZANEGO DNIA		Dane i podpis lekarza <ul style="list-style-type: none"> • imię i nazwisko • nr prawa wykonywania zawodu Dane podmiotu drukującego