

ERREZETAREN GORPUTZA / CUERPO DE LA RECETA

P-3

PRESKRIPZIOA: (Produktua kontsignatu. Medikamentua bada, hauek ere kontsignatu: NIA edo marka, forma farmazeutikoa, hartzeko modua, dosia unitateko, unitateen kopurua enbaze bakoitzeko).

PRESCRIPCION: (Consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administ. dosis por unidad, n.º unidades por envase).

Tratamenduaren iraupena
Duración tratamiento

PAZIENTEA: (Izena, Abizenak, Jaiotze-urtea, Identifikazio-Zk.)

PACIENTE: (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento, N.º de identificación).

Eman

Enb./Kop.

N.º env.

Posologia: Posologia:

Unitate Hartze bakoitzeko
Unidades / Toma

Cada _____ **ordurik behin**
horas

MEDIKUA: (Identifikazio-datuak).
MEDICO: (Datos de identificación).

Preskripzioaren data / Fecha prescripción

Farmazeutikoaren eginbidea / Ordezkoa:
Diligencia del farmacéutico / Sustituyo por:



Farmazeutikoaren sinadura
Firma del farmacéutico

FARMAZIA: (Identifikazio-datuak, dispensazio-data eta sinadura).

FARMACIA: (Datos de identificación, fecha dispensación y firma).

Farmazeutikoarentzako oharrak
Advertencias al farmacéutico

Medikuaren sinadura
Firma del Médico



- Errezeta honen epea **HAMAR EGUNEKOA** da. Zuzenketak edo urratuak edukiz gero, ez du baliorik.
- Errezeta honekin agindutako medikamentuak edozein farmaziatan eskura daitezke.
- Esta receta caduca a los DIEZ DIAS. No será válida con enmiendas o raspaduras.
- Con esta receta podrán ser retirados en cualquier farmacia los medicamentos prescritos.



0H1115539703

PAZIENTEARENZAKO INSTRUKZIO-BOLANTEA / VOLANTE DE INSTRUCCIONES AL PACIENTE

P-3

PRESKRIPZIOA: (Produktua kontsignatu. Medikamentua bada, hauek ere kontsignatu: NIA edo marka, forma farmazeutikoa, hartzeko modua, dosia unitateko, unitateen kopurua enbaze bakoitzeko).

PRESCRIPCION: (Consignar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administ. dosis por unidad, n.º unidades por envase).

Tratamenduaren iraupena
Duración tratamiento

PAZIENTEA: (Izena, Abizenak, Jaiotze-urtea, Identifikazio-Zk.)

PACIENTE: (Nombre, Apellidos, Año de nacimiento, N.º de identificación).

Eman

Enb./Kop.

N.º env.



Posologia: Posologia:

Unitate Hartze bakoitzeko
Unidades / Toma

Cada _____ **ordurik behin**
horas

MEDIKUA: (Identifikazio-datuak).
MEDICO: (Datos de identificación).

Preskripzioaren data / Fecha prescripción

DIAGNOSTIKOA (Hala badagokio) / **DIAGNOSTICO** (Si procede)

FARMAZEUTIKOAREN INSTRUKZIOAK
(Hala badagokio)

INSTRUCCIONES DEL FARMACEUTICO
(Si procede)

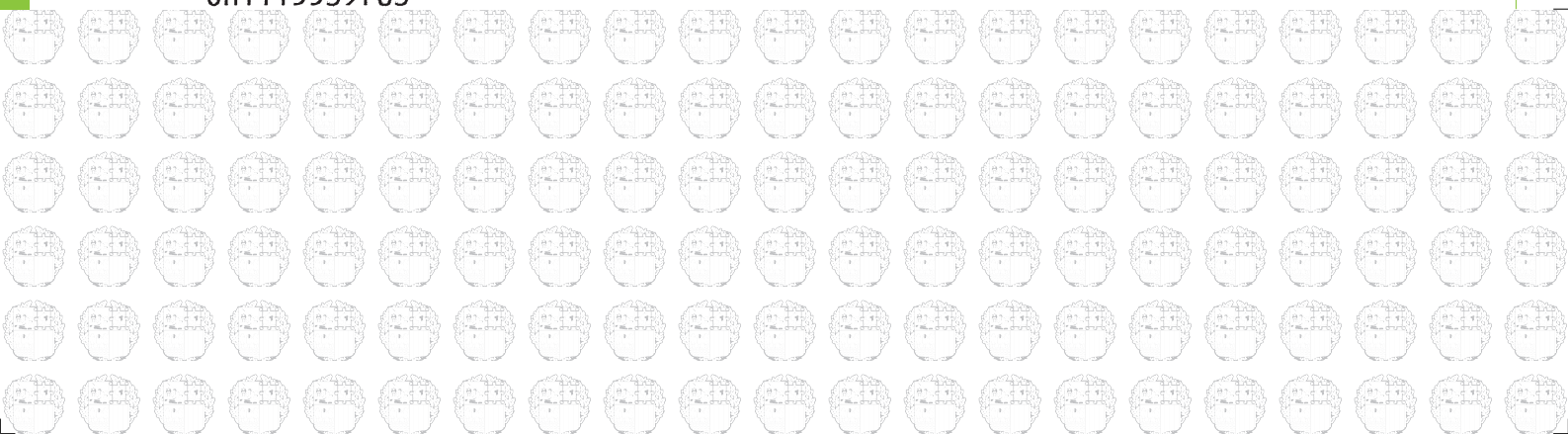
PAZIENTEARENZAKO INSTRUKZIOAK / INSTRUCCIONES AL PACIENTE

Medikuaren sinadura / Firma del Médico



0H1115539703

AKTIBO DAUDENENTZAKO ERREZETA ARRUNTA / RECETA ORDINARIA ACTIVOS



AKTIBO DAUDENENTZAKO ERREZETA ARRUNTA / RECETA ORDINARIA ACTIVOS