

GAIXOTASUN ARRUNTA EDO LANEZ KANPOKO ISTRIPUA
ENFERMEDAD COMUN O ACCIDENTE NO LABORAL

Osasuneko Sistema Nazionala
Sistema Nacional de Salud

PRESKRIPZIOA: (Produktua kontsignatu. Medikamentuak bada, hauek ere kontsignatu: NIA edo marka, forma farmazeutikoa, hartzeko modua, dosia unitateko, unitateen kopurua enbase bakoitzeke).

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

Tratamendueren iraupena
Duración tratamiento

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

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

Posologia:

Posologia:

Unitate Hartze bakoitzeke
Unidades / Toma

Cada **ordurik behin**
horas

Farmazeutikoaren egintza / Ordena:
Diligencia del farmacéutico / Suavemente por:

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

Preskripzioaren data / Fecha prescripción

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

Eman
Erb./Kop

N.º enw:

PREZINTU KUPOIAK
CUPONES PRECINTO



0Y4003699794

- 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.

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

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

Eman

Enb./Kop.



N.º env.

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

PAZIENTEAREN ZAKO INSTRUKZIOAK / **INSTRUCCIONES AL PACIENTE**

Tratamenduaren iraupena
Duración tratamiento

Posologia: Posologia:

Unitate Hartze bakoitzeko
Unidades / Toma

Cada _____ **ordurik behin**
horas

FARMAZEUTIKOAREN INSTRUKZIOAK
(Hala badagokio)
INSTRUCCIONES DEL FARMACEUTICO
(Si procede)

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

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

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

Preskripzioaren data / Fecha prescripción

Medikuaren sinadura / Firma del Médico



0Y4003699794