

ERREZETAREN GORPUTZA / CUERPO DE LA RECETA

P-3/1

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

**PRESCRIPCION:** (Consigñar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administr. 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



**PREZINTU KUPOIAK**  
CUPONES PRECINTO



OK0188239600

- 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.

PAZIENTEAREN INSTRUKZIOAK / VOLANTE DE INSTRUCCIONES AL PACIENTE

P-3/1

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

**PRESCRIPCION:** (Consigñar el producto. En caso de medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía administr. 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)

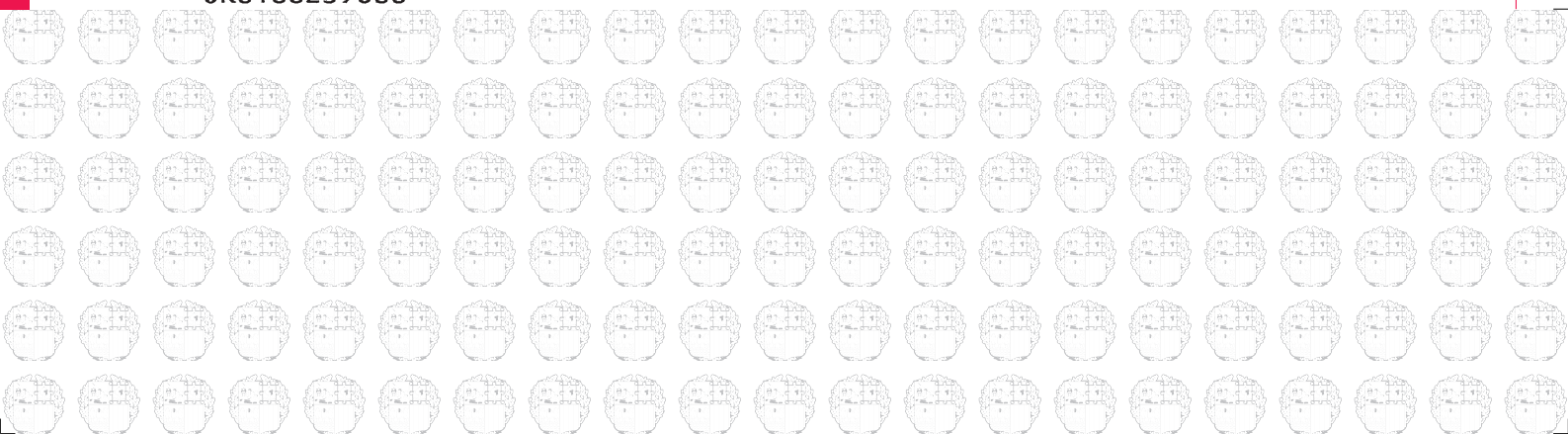
**PAZIENTEAREN INSTRUKZIOAK / INSTRUCCIONES AL PACIENTE**

**Medikuaren sinadura / Firma del Médico**



OK0188239600

**PENTSIODUNEN ERREZETA ARRUNTA / RECETA ORDINARIA PENSIONISTAS**



PENTSIODUNEN ERREZETA ARRUNTA / RECETA ORDINARIA PENSIONISTAS