

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

Osasuneko Sistema Nazionala  
Sistema Nacional de Salud

**PRESKRIPZIOA:** (Produktua kontsignatu. Medikamentua bada, hauek ere kontsignatu: NJA 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 administ. dosis por unidad, n.º unidades por envase).

**Tratamenduaren iraupena**  
Duración tratamiento

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

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

**Posologia:** Posologia:

**Unitate Hartze bakoitzeko**  
Unidades / Toma

**Cada** **ordurik behin**  
horas

**Farmazeutikoaren egintzea / Ordezkari**  
Diligencia del farmacéutico / Sustituyo 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

Enb./Kop

N.º env.

**PREZINTU KUPOIAK**  
**CUPONES PRECINTO**

- 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.



0Z5004899964

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

**PRESCRIPCIÓN:** (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).

**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 ZAKO INSTRUKZIOAK / INSTRUCCIONES AL PACIENTE**

**Medikuaren sinadura** / Firma del Médico

