

RECETA MEDICA PARA ASISTENCIA SANITARIA PRIVADA

RECETA MÉDICA PRIVADA

PRESCRIPCIÓN Consignar el medicamento: DCI o marca, forma farmacéutica, vía de administración, dosis por unidad y unidades por envase. (Datos correspondientes en caso de producto sanitario).

Núm. envases / unidades: ☐

Duración del tratamiento

Posología

Unidades

Pauta

Nº orden dispensación ☐

Fecha prevista dispensación

____/____/____

Firma de Farmacéutico

PACIENTE (Nombre, apellidos, año de nacimiento y nº de DNI / NIE / pasaporte)

PRESCRIPTOR (datos de identificación y firma)

Dra. XXXX XXXX XXXX

Núm. Colegiado: 2900 XXXX

Fecha de la prescripción * ____/____/____

Información al Farmacéutico, en su caso

Motivo de la sustitución

☐ Urgencia☐ Desabastecimiento

FARMACIA (NIF/CIF, datos de identificación y fecha de dispensación)