

**ИНТЕРНИ НАЛОГ ЗА ПРАЋЕЊЕ ПОТРОШЊЕ И ДАВАЊЕ ЛЕКА risperidon inj.**

Назив здравствене установе у којој је прописан и апликован лек:

\_\_\_\_\_

у \_\_\_\_\_

Филијала \_\_\_\_\_

Испостава \_\_\_\_\_

Презиме и име осигураног лица \_\_\_\_\_

ЈМБГ \_\_\_\_\_

ЛБО \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Основ осигурања \_\_\_\_\_ Регистарски број \_\_\_\_\_

Сродство са носиоцем осигурања \_\_\_\_\_

Број здравственог картона/протокола \_\_\_\_\_

Дијагноза по МКБ-10 \_\_\_\_\_

На основу специјалистичког мишљења у прилогу, од \_\_\_\_\_ (датум), а које је саставни део овог обрасца, осигураном лицу потребно је да се апликује у месецу \_\_\_\_\_ лек INN risperidon inj.:

Назив лека	Јачина лека	Број ампула	Начин давања	Временски интервал давања
<b>Rispolept consta inj.</b>				

Датум

\_\_\_\_\_

М.П.

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил лекара специјалисте психијатра/неуропсихијатра)

Амбуланта здравствене установе

ПОДАЦИ О ДАВАЊУ ИНЈЕКЦИЈА ЗА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ \_\_\_\_\_  
(презиме и име)

Датум апликације	Назив апликованог лека	Јачина лека	Број ампула	Потпис здравственог радника	Потпис осигураног лица
	Rispolept consta inj.				
	Rispolept consta inj.				
	Rispolept consta inj.				

М.П.

\_\_\_\_\_  
(одговорни здравствени радник)