

RULES OF THE DRUG PRESCRIPTION

-
- Individually prepared preparations (IPP):
 - prepared in the pharmacies on the base of individual medical prescriptions
 - Ready-made drug preparations (RMP):
 - final preparations made by pharm. companies,
 - ready to be issued by the pharmacy to patients without any further modifications

PRESCRIPTION

- official document compiled in accordance with fixed rules.
- written in Latin language
- must have all parts filled up, must be legible
- corrections should be signed by the physician
- following the abbreviation corr. (correxit-corrected)
- written in a non-erasible manner
- max. 2 kinds of medicines/one form of Rx

RECEPT

Série **O**poř. č.

Příjmení a jméno

Rodné číslo

f.

Bydliště (adresa)

I - hračí ZP

P - hračí pacient, C - spoluúčast pacienta,

 I C P I C P*Rp.*

Sk. Kód

Cena

Sk. Kód

Dne:

razítko zdrav. zařízení
jmenovka a podpis lékaře

Připravil:

Vydal:

Bez data vystavení, razítka smluvního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept neplatí!

Inscriptio

Přímení a jméno

Personalia aegroti

I **Invocatio**

Sk. Kód

Cena

C **Ordinatio**

Compositio (Praescriptio)

Subscriptio

Signatura

P - hračí pacient, C - spoluúčast pacienta, I - hračí ZP

P

Stamp, name of the doctor

Dne: **date**

signature

razítko zdrav. zařízení
jmenovka a podpis lékaře

Připravil:

Vydal:

Bez data vystavení, razítka smluvního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept neplatí!

■ **Inscriptio**

- the heading of the prescription

■ **Personalia aegroti**

- patient's personal data (name, surname, birth number and domicile)

■ **Invocatio**

- induced by the abbreviation Rp. (recipe take).

■ **Ordinatio**

- the actual prescription of the healing preparation

= compositio + subscriptio + signatura

compositio

- **RMP**

- the trade name in the nominative,
- specification of pharmaceutical dosage form,
- dose and package

- **IPP**

- list of pharmacopoeial (officinal) names of substances in the genitive of singular
- + dosages and package

SUBSCRIPTIO

Instruction for the pharmacist

- RMP – how many packages should be issued

4th case sg. or pl.

Expeditionem originalem numero unam – Exp.orig.No.I

Expeditiones originales numero duas – Exp.orig.No.II (duas)

- IPP – how the preparation should be made of the prescribed components

Misce fiat (sg) Misce fiant (pl) – mix to obtain ...

Different dosage forms:

- | | | |
|---------------------|-------------------------|-----------------|
| - misce fiat pulvis | - M.f.pulv. , unguentum | - M.f.ung. |
| solutio | - M.f.sol., oculoguttae | - M.f.oculogutt |

SIGNATURA

D.S.

Detur (et) Signetur

Exact use instruction for patient – dose, interval, where to apply instructions how the preparation should be used by the patients.

D.S. 3 times a day 1 tbl.

-
- date
 - the stamp of the health facility
 - the identification of the physician
 - and the physician s personal signature

Individual preparation

201		RECEPT		Série O	
		poř. č.			
Příjmení a jméno		Jopn Smith			
Rodné číslo		220426/5698		f.	
Bydliště (adresa)		Zlatá 5, 841 04, Praha			
I C P		Rp		Cena	
I C P		Sk. Kód			
Acidi borici		2,0			
Vasellini albi		ad 100,0			
M. f. ung.					
D.S. twice a day on the focus					
I C P		Sk. Kód			
Dne:		13.12. 2005		MUDr. Radim Uzel	
razítka zdrav. zařízení jmenovka a podpis lékaře		Připravil:		Vydal:	

Bez data vystavení, razítka smluvního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept neplatí!

Ready-made preparation

201		RECEPT		Série O	
		poř. č.			
Příjmení a jméno		John Smith			
Rodné číslo		220426/5698		f.	
Bydliště (adresa)		Zlatá 5, 841 4, Praha			
I		Rp. ✓		Cena	
C				Sk. Kód	
P		Paralen 125 tbl. 20 x 125 MG Exp. orig. No. III (tres)			
P - hradi pacient, C - spoluúčast pacienta, I - hradi ZP		D.S. 1 tablet in pain, maximum 4 per day			
I				Sk. Kód	
C					
P					
Dne: 13.12. 2005		MUDr. Radim Uzel			
razítko zdrav. zařízení jmenovka a podpis lékaře		Připravil:		Vydal:	

Bez data vystavení, razítka smluvního zařízení, jmenovky a podpisu lékaře recept neplatí!

Prescriptions Great Britain

Germany

FRONT

C

SURNAME **B**
Mr/Mrs/Miss

Age if under 12 years
.....
INITIALS AND ONE FULL FORENAME
.....
Address.....

Pharmacy Stamp

Pharmacist's pack & quantity endorsement	No. of days treatment N.B. Ensure dose is stated	NP	Pricing Office use only
--	---	----	-------------------------

C

A

Signature of Doctor *Chancellor* Date

For pharmacist
No. of Prescs on form

IMPORTANT: Read notes overleaf before going to the pharmacy.

Form FP10 (Rev. 86)

Mitgl. geböf.	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	XGV*)
1	BG Bergbau							
2	Name des Versicherten Meier Hans		Vorname		geb. am		31.12.37	
Fam.-Angeh. geböf.	Ehegatte / Kind		Vorname		geb. am			
3	Arbeitgeber [Dienststelle] Mitglieds-Nr. / Freiw. / Rentner							
4	34 M 167890							
Rentner u. Fam.-Angeh. geböf.	Wohnung des Patienten Kleinhausener Winge 17							
5	BVG	Sonstige	Sprachl.-bedarf	Datum: 2.2.89				
6	7	8	9					
Anz. d. Anteile	*) Unfalltag		Unfallbetrieb					
	1.7.88		XY-Werk					
Taxo	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen!)							
	Diclofenac 50 ratio 50 Trag							
	Lactotel Binden 8cm 10 St							
	Dr. XYZ Arzt Ringstr. 30 5479 Randstadt 1							
	Kassenarztstempel							
	Unterschrift des Arztes							
Wird die Arznei während der Nachtzeit (20 bis 7 Uhr) abgeholt, so hat der Patient die Nachttaxe (2,- DM) zu zahlen, sofern der Arzt nicht einen entsprechenden Vermerk anbringt.								Muster 16 (4. 1987)

Prescriptions USA

Robin Smith, M.D., F.A.C.P. Internal Medicine 11160 Warner Ave., Ste 209 Fountain Valley, CA 92708 Ph. (714) 549-4081 Fax (714) 735-8735 DEA #: AA3785 Lic #: A4564		1001-1	
Patient Name		Phone No.	
Address		Age	Gender
		INITIAL QUANTITY <input type="checkbox"/> 1-24 <input type="checkbox"/> 25-49 <input type="checkbox"/> 50-74 <input type="checkbox"/> 75-100 <input type="checkbox"/> 101-150 <input type="checkbox"/> 151& over	
		_____ Units	
		REFILL: NR 1 2 3 4 5	
X _____ DATE _____		<input type="checkbox"/> LABEL IN SPANISH	
<input type="checkbox"/> Prescription is void if the number of medications is not noted in the box		<input type="checkbox"/> DO NOT SUBSTITUTE	
www.ripz.com			

Prescription Greece



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΙΔΡΥΜΑ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΕΝΙΑΙΟ ΤΑΜΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΜΙΣΘΩΤΩΝ

ΣΥΝΤΑΓΗ



004149641

1 ^η	2 ^η	3 ^η	ΧΡΟΝΙΑ ΠΑΘΗΣΗ	ΕΚΑΣ
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Δ	<input type="checkbox"/>
ΚΑΤΗ ΗΜΕΡΕΣ			ΜΗΡΟΣ ΔΙΜΗΝΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΙΑΤΡΟΥ

0041496B41

ΕΚΔΙΔΕΤΑΙ ΑΠΟ **Διαμαντί Μαρίτσα**

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

ΟΔΟΣ **Σ. Ν. ΠΗΛΕΦΩΝΟ** ΑΡ. **Σ. Ν.**

ΔΙΑΓΝΩΣΗ **Σ. Ν.**

ΚΩΔ. ΝΟΣΟΥ

Α **+ Plavix 75 BT**

ΟΔΗΓΙΑ **ΠΡΟΣ ΜΗΤΡΟΥ**

Β **+ Tiloron 60 BT 1/2**

ΟΔΗΓΙΑ **ΥΠΟΣΤΡΩΣΤΟΥ**

Γ **+ Nexium 20(28) BT I**

ΟΔΗΓΙΑ **ΥΠΟΣΤΡΩΣΤΟΥ**

Συμμετοχή	Ποσότητα
0%	<input checked="" type="checkbox"/> 2
25%	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
10%	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
15%	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
20%	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4

030810 ΗΜΕΡΙΑ ΕΚΔΟΣΗΣ

0810 ΗΜΕΡΙΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Ο ΙΑΤΡΟΣ **Χριστούλης Αποστόλιος**
ΕΑ.Γ.Ι. 38689/879

Ο ΕΛΕΓΚΤΗΣ ΙΑΤΡΟΣ

Ο ΠΑΡΑΛΗΠΤΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ - ΣΦΡΑΓΙΔΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΟ


Ποσότητα	Τιμή Μονάδος	Σύνολο	Συμμετοχή Ασφαλισμένου
1	4969	4969	497
2	406	812	081
1	2888	2888	722
		5781	2888
ΣΥΝΟΛΟ		8689	
ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ		1300	
ΠΛΗΡ. ΠΟΣΟ		7389	

Electronic Prescription

- Physician
- Central server for data storage (SÚKL)
- Pharmacy
- Patient + his password/PIN

Common and E-prescription

Kód pojišťovny	RECEPT		poř. č.
	série XC	0356523	
Příjmení a jméno Novák Jan			
Číslo pojištění			
Bydliště (adresa) Radlická			
I	Rp.	0004361	Cena
C	ANAVENOL drg. 60	Sk. - kód	
P	Exp. orig. No. III (tres)		
	D.S. 1,1,1		
I	Rp.	0090986	
C	DEOXYMYKOLIN tbl 40x2,00mg		
P	Exp. orig. No. I (unam)		
	D.S. 1,0,1 do 12 hodin		
Dne: 02.01.2008			
razítko zdrav. zařízení, jmenovka a podpis lékaře		Připravil:	Vydal:

Kód pojišťovny	RECEPT		série 607392	poř. č.	
205					
<small>Údaje platné pro celý recept (výpis, pohotovost, repatriace a podání opakování, netřeba a neodkladná péče, atd.)</small>					
Příjmení a jméno LACINA MILOSLAV MUDr.					
Číslo pojištění					
Bydliště (adresa) Petrovičky					
Popl.	Diagnóza	Sk.	Kód	Započ. dopl.	Uhrada
Rp.					
IMOCIUM PLUS POR TBL MND 8					
Exp. orig. No. I (unam)					
D.S. 2-0-0					
HRADÍ NEMOCNÝ					
#					
Popl.	Diagnóza	Sk.	Kód	Započ. dopl.	Uhrada
Rp.					
KORYLAN POR TBL NOB 10					
Exp. orig. No. I (unam)					
D.S. dle potřeby					
HRADÍ NEMOCNÝ					
#					
2142BD22-R061-442D-R13D-1B3BA6449F9E					
					
Dne: 24.01.2011					
razítko poskytovatele, jmenovka, podpis a telefon lékaře			MUDr. Miloslav LACINA		
Připravil:			Vydal:		