

ZBIERKA ZÁKONOV SLOVENSKEJ REPUBLIKY

Ročník 2005

Vyhlásené: 28.06.2005 Časová verzia predpisu účinná od: 30.12.2005 do: 28.06.2006

Obsah tohto dokumentu má informatívny charakter.

276

VYHLÁŠKA

Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky

z 9. júna 2005

**o podrobnostiach vyhotovenia tlačív určených na predpisovanie liekov
a zdravotníckych pomôcok, o grafických prvkoch a údajoch týchto
tlačív a o ich predajných miestach**

Ministerstvo zdravotníctva Slovenskej republiky podľa § 40 ods. 19 zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení neskorších predpisov ustanovuje:

§ 1

(1) Tlačivo lekárskeho predpisu,¹⁾ tlačivo objednávky,²⁾ osobitné tlačivo lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom,³⁾ tlačivo osobitnej objednávky označenej šikmým modrým pruhom,³⁾ tlačivo lekárskeho poukazu,¹⁾ tlačivo výpisu z lekárskeho predpisu⁴⁾ môže vyhotoviť fyzická osoba alebo právnická osoba, ktorá má

- a) technické vybavenie na tlač dokumentov zabezpečených pred sfaľovaním, pozmeňovaním a iným zneužitím,
- b) zavedený režimový systém výroby, skladovania, manipulácie a evidencie materiálu a výrobkov,
- c) zabezpečenú ochranu výrobných priestorov a skladov inštalovanými mechanickými a elektronickými systémami ochrany,
- d) špeciálne techniky, technológie a bezpečnostné materiály, ktorými zabezpečuje vyhotovenie a aplikáciu ochranných prvkov dokumentov proti sfaľovaniu, pozmeňovaniu a inému zneužitiu.

(2) Predajné miesta tlačív zriaďujú zdravotné poisťovne a vyššie územné celky.

(3) Predajné miesta vedú evidenciu o výdaji tlačív, ktorá obsahuje najmä

- a) meno a priezvisko lekára, ak ide o fyzickú osobu, alebo názov zdravotníckeho zariadenia vrátane lekárne, ak ide o právnickú osobu,
- b) adresu lekára alebo zdravotníckeho zariadenia,
- c) číslo preukazu oprávňujúceho nákup tlačív,
- d) číslo preukazu totožnosti lekára alebo osoby splnomocnenej prevziať tlačivá pre zdravotnícke zariadenie, ak ide o právnickú osobu alebo o lekára,
- e) množstvo tlačív v kusových jednotkách,
- f) nezameniteľné evidenčné čísla tlačív,
- g) dátum výdaja tlačív,

h) údaje o predaných tlačivách za predchádzajúci kalendárny mesiac v elektronickej podobe v dátovom rozhraní podľa prílohy č. 1.

§ 2

(1) Tlačivo lekárskeho predpisu, tlačivo lekárskeho poukazu a tlačivo výpisu z lekárskeho predpisu sa vyhotovujú z bezdrevného papiera bez optických zjasňovadiel, ktorý obsahuje viditeľné farebné vlákna a vlákna viditeľné v ultrafialovom spektre.

(2) Tlačivo lekárskeho predpisu a tlačivo výpisu z lekárskeho predpisu má rozmer 105 mm x 148,5 mm. Tlačivo lekárskeho poukazu má rozmer 210 mm x 148,5 mm.

(3) Tlačivá podľa odseku 1 sa skladajú z prvopisu a z kópie alebo z odpisu, ak sa pri vyplňovaní tlačív používa výpočtová technika. Prvopis tlačiva je označený poradovým číslom 1, kópia alebo odpis tlačiva poradovým číslom 2. Vyplnený prvopis tlačiva vydáva lekár alebo lekárka pacientovi a kópiu alebo odpis tlačiva si ponecháva.

(4) Lícna strana prvopisu tlačiva obsahuje dve ochranné podtlače, z toho jednu tvoria pozitívne a negatívne linky. Druhú podtlač tvoria pozitívne a negatívne linky v antikopírovacej farbe.

(5) Ďalšia podtlač lícnej strany prvopisu tlačiva tvoria pozitívne a negatívne linky vyhotovené kombináciou antikopírovacej farby a základnej farby tlačiva umiestnenej v pravej dolnej časti tlačiva.

(6) Na lícnej strane prvopisu tlačiva je umiestnený difrakčný nepriehľadný, opticky premenlivý prvok aplikovaný tepelnou razbou, umožňujúci identifikáciu kódu tvoreného kombináciou podtlače viditeľnej a neviditeľnej čiernej infračervenej farby, ktorý je umiestnený pod opticky premenlivým prvkom. Rozmery difrakčného nepriehľadného, opticky premenlivého prvku sú 13 mm x 10 mm.

(7) Texty na tlačive sú vytvorené čiernou infračervenou neviditeľnou farbou.

(8) Prvopis tlačiva musí mať nezameniteľné sekvenčné evidenčné číslo tvorené čiarovým kódom typu 128.

(9) Kópia alebo odpis tlačiva sa vyhotovuje zo špeciálneho prepisovacieho papiera.

(10) Kópia alebo odpis tlačiva na lícnej strane musí mať nezameniteľné evidenčné číslo, ktoré je zhodné s evidenčným číslom prvopisu tlačiva.

(11) Vzor tlačiva lekárskeho predpisu je uvedený v prílohe č. 2, tlačiva lekárskeho poukazu v prílohe č. 4 a tlačiva výpisu z lekárskeho predpisu v prílohe č. 5.

§ 3

(1) Osobitné tlačivo lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom je vyhotovené rovnakým spôsobom ako tlačivá uvedené v § 2.

(2) Osobitné tlačivo lekárskeho predpisu má rozmer 105 mm x 148,5 mm.

(3) Označenie šikmým modrým pruhom smeruje uhlopriečne z ľavej dolnej strany tlačiva do pravej hornej strany tlačiva. Šírka šikmého modrého pruhu je 10 mm.

(4) Osobitné tlačivo lekárskeho predpisu sa skladá z prvopisu a z dvoch kópií. Prvopis tlačiva je označený poradovým číslom 1, prvá kópia tlačiva poradovým číslom 2 a druhá kópia tlačiva poradovým číslom 3.

(5) Vzor osobitného tlačiva lekárskeho predpisu je uvedený v prílohe č. 3.

§ 4

(1) Tlačivo objednávky a tlačivo osobitnej objednávky označenej šikmým modrým pruhom je vyhotovené rovnakým spôsobom ako tlačivá uvedené v § 2.

(2) Tlačivo objednávky a tlačivo osobitnej objednávky označenej šikmým modrým pruhom majú rozmer 147 mm x 193 mm.

(3) Označenie šikmým modrým pruhom smeruje uhlopriečne z ľavej dolnej strany tlačiva do pravej hornej strany tlačiva. Šírka šikmého modrého pruhu je 25 mm.

(4) Tlačivo objednávky a tlačivo osobitnej objednávky označenej šikmým modrým pruhom sa skladá z prvopisu a z troch kópií.

(5) Prvopis tlačiva označený na ľavej strane slovami „Objednávka“ je určený pre lekára, v ktorej sa lieky a zdravotnícke pomôcky objednávajú. Prvá kópia tlačiva označená na ľavej strane slovami „Dodací list“ je určená pre zdravotnícke zariadenie, ktorému sa majú lieky a zdravotnícke pomôcky dodať. Druhá kópia tlačiva označená na ľavej strane slovami „Doklad o výdaji“ slúži lekárnici ako potvrdenie o dodaní tovaru zdravotníckemu zariadeniu. Tretia kópia tlačiva označená na ľavej strane slovami „Kópia objednávky“ slúži pre potreby zdravotníckeho zariadenia.

(6) Vzor tlačiva objednávky je uvedený v prílohe č. 6 a vzor tlačiva osobitnej objednávky označenej šikmým modrým pruhom je uvedený v prílohe č. 7.

§ 5

Doterajšie tlačivá lekárskeho predpisu, objednávky, osobitné tlačivá lekárskeho predpisu označené šikmým modrým pruhom, tlačivá osobitnej objednávky označenej šikmým modrým pruhom, tlačivá lekárskeho poukazu, tlačivá výpisu z lekárskeho predpisu bez ochranných prvkov možno používať do 30. júna 2006.

§ 6

Táto vyhláška nadobúda účinnosť 1. júla 2005.

Rudolf Zajac v. r.

Príloha č. 1
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.

**OPIS ROZHRANIA NA POSKYTOVANIE ÚDAJOV A VÝMENU ÚDAJOV O VYDANÝCH
LEKÁRSKYCH PREDPISOCH MEDZI ZDRAVOTNÝMI POISŤOVŇAMI**

Typ dávky: XXX

Predkladá: zdravotná poisťovňa, ktorá vydala tlačivá lekárske predpisy zmluvným lekárom a zdravotníckym zariadeniam iných zdravotných poisťovní

Obsah dávky: záhlavie dávky

veta tela dávky

Záhlavie dávky			
1. charakter dávky	p	char	1
2. typ dávky	P	int	3-3
3. IČO odosielateľa	p	int	8
4. dátum odoslania dávky	P	date	RRRRMMDD
5. za obdobie	P	int	RRRRMM
6. počet dokladov v dávke	P	int	6

Charakter dávky: N – nová, O – opravná (veľké písmeno O), A – aditívna

Typ dávky: číselný kód je špecifikovaný pri opise štruktúry každej dávky

Počet dokladov: obsahuje súčet dokladov (viet) tela dávky

Veta tela dávky			
1. typ tlačiva	P	int	3
2. kód lekára, zdravotníckeho zariadenia alebo lekárne, ktorej boli vydané tlačivá	P	char	13
3. deň vydania tlačív	P	date	RRRRMMDD
4. počet vydaných tlačív	P	int	6
5. počiatočný identifikačný kód tlačiva	p	char	12
6. koncový identifikačný kód tlačiva	P	char	12

Typ tlačiva: 001 - lekárske predpisy, 002 - lekárske poukazy, ...

Kód lekára, ktorému boli vydané tlačivá: podľa metodiky VŠZP

Počiatočný identifikačný kód tlačiva: XXNNNNNNNNNN

Koncový identifikačný kód tlačiva: XXNNNNNNNNNN

**Príloha č. 2
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.**

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU

Prvopis

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU

Prvopis




<p>Lekársky predpis</p>  <p>AA0123456789</p>			<p>Kód lekára:</p>
<p>Priezvisko a meno:</p>		<p>Rodné číslo:</p>	
<p>Bydlisko:</p>		<p>Kód ZP:</p>	
<p>1. Diagnóza</p> <p>Rp.</p>	<p>Kód lieku</p>	<p>Hradí</p>	
		<p>poisťovňa</p>	<p>pacient</p>
		<p>suma</p>	<p>suma</p>
		<p>Spolu:</p>	<p>Spolu:</p>
<p>2. Diagnóza</p>	<p>Kód lieku</p>		
<p>Dátum vyplnenia:</p>	<p>Dátum výdaja:</p>	<p>Poradové číslo predpisu:</p>	
<p>Podpis a odtlačok pečiatky lekára Tel. č. lekára</p>		<p>Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárnika</p>	

Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU

Kópia alebo odpis

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU
Kópia alebo odpis

Lekársky predpis  		Kód lekára:	
AA0123456789			
Priezvisko a meno:		Rodné číslo:	
Bydlisko:		Kód ZP:	
1. Diagnóza Rp.	Kód lieku	Hradí	
		poistovňa	pacient
		suma	suma
2. Diagnóza Kód lieku		Spolu:	Spolu:
Dátum vyplnenia:		Dátum výdaja:	
		Poradové číslo predpisu:	
Podpis a odtlačok pečiatky lekára Tel. č. lekára		Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárnika	


Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.

Príloha č. 3
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU OZNAČENÉHO MODRÝM PRUHOM

Prvopis



VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU OZNAČENÉHO MODRÝM PRUHOM
Prvopis

Lekársky predpis  AA0123456789		Kód lekára:	
Priezvisko a meno:		Rodné číslo:	
Bydlisko:		Kód ZP:	
1. Diagnóza Rp.	Kód lieku	Hradí	
		poisťovňa	pacient
		suma	suma
		Spolu:	Spolu:
Dátum vyplnenia:		Dátum výdaja:	
Podpis a odtlačok pečiatky lekára Tel. č. lekára		Poradové číslo predpisu: Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárníka	

Tento predpis je replatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU OZNAČENÉHO MODRÝM PRUHOM
Prvá kópia alebo odpis



VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU OZNAČENÉHO MODRÝM PRUHOM
Prvá kópia alebo odpis

Lekársky predpis			Kód lekára:	
 AA0123456789				
Priezvisko a meno:			Rodné číslo:	
Bydlisko:			Kód ZP:	
1. Diagnóza	Kód lieku	Hradí		
		poistovňa	pacient	
Rp.		suma	suma	
		Spolu:	Spolu:	
Dátum vyplnenia:		Dátum výdaja:	Poradové číslo predpisu:	
		Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárnika		
Podpis a odtlačok pečiatky lekára				

Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU OZNAČENÉHO MODRÝM PRUHOM
Druhá kópia alebo odpis

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA LEKÁRSKEHO PREDPISU OZNAČENÉHO MODRÝM PRUHOM
Druhá kópia alebo odpis

Lekársky predpis		Kód lekára:	
 AA0123456789			
Priezvisko a meno:		Rodné číslo:	
Bydlisko:		Kód ZP:	
1. Diagnóza Rp.	Kód lieku	Hradí	
		poistovňa	pacient
		suma	suma
		Spolu:	Spolu:
Dátum vyplnenia:		Dátum výdaja:	
Podpis a odtlačok pečiatky lekára Tel. č. lekára		Poradové číslo predpisu:	
		Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárnika	

Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.

**Príloha č. 4
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.**

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU

Lícna strana prvopisu

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU

Lícna strana prvopisu

Poukaz na zdravotnícku pomôcku		Kód Lekára	 AA0123456789	
Príezvisko a meno:		Rodné číslo:	Kód ZP:	
Bydlisko:		Diagnóza:		
Kód predpísanej pomôcky:		Hradí poist'ovňa poistenec		
Kód vydanéj pomocky:		Spolu		
Odôvodnenie predpisu:		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis		
Potreba pomôcky:	TRVALÁ	DOČASNÁ	Vydal:	
Schválil:		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis		
Dátum, odtlačok pečiatky a podpis revízneho lekára		Dátum, odtlačok pečiatky a podpis		
Prijal:	Poradové číslo:	Zhotovil:		
Dátum a podpis				

Poukaz platí 1 mesiac odo dňa vystavenia!

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU
Rubová strana prvopisu

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU

Rubová strana prvopisu

Miesto pre podrobnejší opis zdravotníckej pomôcky na mieru:

Vyhlasujem že:

- a) zdravotnícku pomôcku dostávam po prvý raz,*
- b) zdravotnícku pomôcku som dostal naposledy,*
- c) požičanú pomôcku vrátim po vyliečení,*
- d) nemám nárok na úhradu zdravotníckej pomôcky, a preto si ju zaplatím.*

Dátum: Podpis poistenca:

Potvrdenie poistenca

Potvrdzujem prevzatie zdravotníckej pomôcky.

Dátum: Podpis poistenca:

Záznamy zdravotnej poisťovne:

* Nehodiace sa prečiarknite.

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU

Prvá kópia

VZOR TLAČIVA LEKÁRSKEHO POUKAZU
Prvá kópia

Poukaz na zdravotnícku pomôcku		Kód Lekára	 AA0123456789	
Priezvisko a meno:		Rodné číslo:	Kód ZP:	
Bydlisko:		Diagnóza:		
Kód predpisanej pomôcky:		Hradí poist'ovňa poistenec		
Kód vydanej pomôcky: Odôvodnenie predpisu:		Spolu		
		Predpisal:		
Potreba pomôcky:	TRVALÁ	DOČASNÁ	Dátum, odtlačok pečiatky a podpis	
Schválil:		Vydal:		
Dátum, odtlačok pečiatky a podpis revízneho lekára				
Prijal:	Poradové číslo:	Zhotovil:	Dátum, odtlačok pečiatky a podpis	
Dátum a podpis				

Poukaz platí 1 mesiac odo dňa vystavenia!

**Príloha č. 5
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.**



VZOR TLAČIVA VÝPISU Z LEKÁRSKEHO PREDPISU

Prvopis

VZOR TLAČIVA VÝPISU Z LEKÁRSKEHO PREDPISU

Prvá kópia

VZOR TLAČIVA VÝPISU Z LEKÁRSKEHO PREDPISU
Prvá kópia

Výpis z lekárskeho predpisu		Kód lekára:	
 AA0123456789			
Priezvisko a meno:		Rodné číslo:	
Bydlisko:		Kód ZP:	
Diagnóza	Kód tieku	Hradí	
		poist'ovňa	pacient
		suma	suma
		Spolu:	Spolu:
Dátum pôvodného predpisu:		Dátum výdaja:	Poradové číslo predpisu:
Identifikačné číslo pôvodného predpisu:		Odtlačok pečiatky lekárne a podpis vydávajúceho lekárnika	
Podpis a odtlačok pečiatky lekárne			
Prijal:	Pripravil:	Spolupracoval:	

Tento predpis je neplatný bez odtlačku pečiatky a podpisu lekára.

**Príloha č. 6
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.**

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY

Prvopis

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY

Prvopis

Odtlačok pečiatky zdravot. zariadenia		Oddelenie		E L-A		číslo listu 0504126	
				Dátum predpisu			
Kód	Objednávka					Sk	h
Predpísal (dátum a podpis)		Primár (dátum a podpis)		Odtlačok pečiatky dodávateľa			
Expedoval (dátum, podpis)		Prijal (dátum a podpis)					

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY

Prvá kópia

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY
Prvá kópia

Odtlačok pečiatky zdravot. zariadenia		Oddelenie		E L-A		číslo listu 0504126	
				Dátum predpisu			
Kód	Dodací list					Sk	h
Predpísal (dátum a podpis)		Primár (dátum a podpis)		Odtlačok pečiatky dodávateľa			
Expedoval (dátum, podpis)		Prijal (dátum a podpis)					

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY

Druhá kópia

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY
Druhá kópia

Odtlačok pečiatky zdravot. zariadenia		Oddelenie	E	číslo listu
			L-A	0504126
			Dátum predpisu	
Kód	Doklad o výdaji	Sk	h	
Predpísal (dátum a podpis)		Primár (dátum a podpis)		Odtlačok pečiatky dodávateľa
Expedoval (dátum, podpis)		Prijal (dátum a podpis)		

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY

Tretia kópia

VZOR TLAČIVA OBJEDNÁVKY
Tretia kópia

Odtlačok pečiatky zdravot. zariadenia		Oddelenie		E L-A		číslo listu 0504126	
				Dátum predpisu			
Kód	Kópia objednávky					Sk	h
Predpísal (dátum a podpis)		Primár (dátum a podpis)		Odtlačok pečiatky dodávateľa			
Expedoval (dátum, podpis)		Prijal (dátum a podpis)					

Príloha č. 7
k vyhláske č. 276/2005 Z. z.

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA OBJEDNÁVKY OZNAČENEJ ŠIKMÝM MODRÝM PRUHMOM

Prvopis

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA OBJEDNÁVKY OZNAČENEJ ŠIKMÝM MODRÝM PRUHAM
Prvopis

Odtlačok pečiatky zdrav. zariadenia Séria **B**

Objednávka Číslo, **949351**

L-A Oddelenie

.....
Dátum

Silne orámovaná časť vyplní dodávateľ

Ošetr. jedn. (č. ošetr. protokolu)	Predpis	Sk	h
	:		
	Spolu		
Predpísal (dátum a podpis)		Primár (dátum a podpis)	
Expedoval (dátum a podpis)		Prijal (dátum a podpis)	
Odtlačok pečiatky dodávateľa			

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA OBJEDNÁVKY OZNAČENEJ ŠIKMÝM MODRÝM PRUHMOM
Prvá kópia

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA OBJEDNÁVKY OZNAČENEJ ŠIKMÝM MODRÝM PRUHMOM
Druhá kópia

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA OBJEDNÁVKY OZNAČENEJ ŠIKMÝM MODRÝM PRUHMOM
Tretia kópia

VZOR OSOBITNÉHO TLAČIVA OBJEDNÁVKY OZNAČENEJ ŠIKMÝM MODRÝM PRUHOM
Tretia kópia

Odtlačok pečiatky zdrav. zariadenia Séria **B**

Kópia objednávky Číslo, **949351**

L-A Oddelenie

.....
Dátum

Silne orámovaná časť vyplní dodávateľ

Ošetr. jedn. (č. ošetr. protokolu)	Predpis	Sk	h
	:		
Spolu			
Predpísal (dátum a podpis)		Primár (dátum a podpis)	
Expedoval (dátum a podpis)		Prijal (dátum a podpis)	
Odtlačok pečiatky dodávateľa			

- 1) § 40 ods. 1 zákona č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach, o zmene zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov a o zmene a doplnení zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 220/1996 Z. z. o reklame v znení zákona č. 9/2004 Z. z.
- 2) § 40 ods. 11 zákona č. 140/1998 Z. z.
- 3) § 39 ods. 3 zákona č. 140/1998 Z. z. v znení zákona č. 633/2004 Z. z.
- 4) § 38 ods. 4 zákona č. 140/1998 Z. z. v znení zákona č. 119/2000 Z. z.

