

**ПРИСТАНАК ПАЦИЈЕНТА****ПОДАЦИ О ПАЦИЈЕНТУ**Име и презиме Датум рођења  Број телефона Адреса 

Изјављујем да сам сагласан да ми се лек пропише *за употребу која није садржана у дозволи за стављање лека у промет*. Од стране лекара су ми дате информације о предложеном начину лечења, укључујући све познате нежељене реакције на лек.

Потпис пацијента

Датум

**ПОДАЦИ О ЛЕКАРУ**Име и презиме Здравствена  
установа Број телефона 

Потпис и факсимил лекара

\*Напомена: ову страну обрасца лекар задржава и чува као део медицинске документације пацијента