**ZAHTEVEK ZA POSREDOVANJE NAVODILA ZA UPORABO V OBLIKI PRIMERNI ZA SLEPE ALI SLABOVIDNE, št.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, z dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Lekarna naročnica:**

**Naslov:**

**Telefon:**

**Faks:**

**E-pošta:**

**Ime zdravila:**

**Jakost:**

**Farmacevtska oblika:**

**Format navodila za uporabo (ustrezno označite)**

***Oblike navodil za SLEPE ali SLABOVIDNE:***

1. Navodilo v Braillovi pisavi,
2. navodilo v zvočni tehniki na kaseti,
3. navodilo v zvočni tehniki na CD-ju (MP3),
4. navodilo v povečanem črnem tisku,
5. navodilo v zvočni elektronski obliki (e-pošta),
6. navodilo v elektronski obliki - Braillova pisava (e-pošta).

**Ali želi bolnik prejeti navodilo za uporabo na določen naslov?**

⁬ DA

⁬ NE

**Lekarna naročnica se obvezuje, da bo v primeru, da želi bolnik prejeti navodilo za uporabo na določen naslov, poskrbela za njegovo distribucijo do bolnika.**

Podpis odgovorne osebe lekarne naročnice

(izpisati računalniško in se podpisati)