Jméno, příjmení, místo podnikání předepisujícího veterinárního lékaře, Originál i kopie veterinárního receptu musí být

registrační číslo KVL ČR, telefonní číslo, IČ: uchovávána 5 let ode dne vystavení

 Varování: Antimikrobní látky užívejte obezřetně

……………………………..……………………………………………….

**RECEPT PRO MEDIKOVANÉ KRMIVO**

**číslo: ………………....………………….……. /…………..…….. / …....….….…… / …………….…………**

„Tento recept nelze opakovaně použít“ – platí jen u zvířat určených k produkci potravin a kožešinových zvířat

### Výrobce medikovaného krmiva

jméno, příjmení, adresa u fyzické osoby; název nebo obchodní firma, sídlo u právnické osoby

### ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Chovatel zvířat – příjemce medikovaného krmiva**

jméno, příjmení, adresa, tel. číslo\* u fyzické osoby; název nebo obchodní firma, sídlo, tel. číslo\* u právnické osoby

### …………………………………………..…………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Hospodářství**

adresa a číslo hospodářství, ve kterém jsou chována zvířata, pro které je předepisované medikované krmivo určeno

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Druh, kategorie, věk, počet zvířat, popř. hmotnost : ……………………………………………………………………………………………….....**

### Diagnostikované onemocnění (indikace): .................................................................................................................

**Název veterinárního léčivého přípravku (VLP)                        Registrační číslo VLP**

**.................................................................................            .........../............./............./.............**

**Název léčivé látky (LL)                                                                         Obsah LL**

**.................................................................................           .....................................................**

|  |
| --- |
|   |

Prohlašuji, že se veterinární léčivý přípravek předepisuje podle článků 112, 113 nebo 114 NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2019/6 – **Kaskáda**

|  |
| --- |
|   |

Prohlašuji, že se veterinární léčivý přípravek předepisuje podle článku 107 odst. 4 NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2019/6 – **Metafylaxe**

**Název a množství vyrobeného medikovaného krmiva (kg): …………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Poměr zapracování VLP (množství VLP v kg na 1tunu medikovaného krmiva) :………………………..................................**

**Poměr zapracování LL (množství LL v mg na 1kg medikovaného krmiva): …………..……………………..............................**

**Dávkování LL ve VLP v mg/kg živé hmotnosti zvířete/den :........................................................................................**

**Návod k použití pro chovatele:**

**% podíl medikovaného krmiva v denní krmné dávce: …………..…………………………………………………………………………………**

**Frekvence podávání a doba trvání léčby: ………………….………………………..………………………………………………………………….**

**Vyplněte jen při OFF LABEL použití**

DNY nebo HODINY, STUPŇODNY

pro MASO / MLÉKO/VEJCE / MED

|  |
| --- |
|   |

|  |
| --- |
|   |

**Ochranná lhůta: OL – PI** **................................** **OL** **..................................**

Vyplní jen dodavatel medikovaného krmiva nebo provozovatel výrobny krmiv pro vlastní potřebu

**Dodavatel medikovaného krmiva nebo provozovatel výrobny krmiv pro vlastní potřebu**

jméno, příjmení, adresa, tel. číslo u fyzické osoby; název nebo obchodní firma, sídlo u právnické osoby:

### …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Datum dodání nebo výroby pro vlastní potřebu: ..........................................................................................................................

Číslo šarže medikovaného krmiva (neplatí u provozovatelů výrobny krmiv pro vlastní potřebu) : ...............................................

Podpis dodavatele pro chovatele zvířat nebo podpis provozovatele výrobny krmiv pro vlastní potřebu : ..................................

|  |
| --- |
|   |

**Žádám o vyhotovení a předání kopií tohoto předpisu v souladu s ust. §12 odst. 6), 7) vyhlášky č. 25/2020 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování veterinární péče**

**Datum vystavení, podpis a razítko veterinárního lékaře, který předpis vystavil:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

|  |
| --- |
|   |

**Žádám o vyhotovení a předání kopií tohoto předpisu v souladu s ust. § 8 odst. 6) vyhlášky č. 25/2020 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování veterinární péče.**

**Datum vystavení, podpis a razítko veterinárního lékaře, který recept vystavil:**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Platnost receptu od data vystavení: 5dní 21dní 6měsíců

Datum konce platnosti předpisu (pokud je doba platnosti kratší, než je uvedeno v článku 16 odst. 8) NAŘÍZENÍ EVROPSKÉHO PARLAMENTU A RADY (EU) 2019/4:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

Vysvětlivky:

\* telefonní čísla se uvádějí jen v případě, že s tím jejich uživatelé souhlasí