

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК*

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Наименование (штамп)
медицинской организации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО
Медицинская документация
Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2012 г. № 1145н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

«___» _____ 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____

Возраст _____

Ф.И.О. лечащего врача _____

руб.|коп.| Rp.

.....

.....

руб.|коп.| Rp.

.....

.....

руб.|коп.| Rp.

.....

.....

Подпись

и личная печать лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, до 1 года (_____) (ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 20 октября 2012 г. № 1145Н

Штамп

--	--	--	--	--

Код

--	--	--	--	--

медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805
Форма № 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан			Код нозологической формы (по МКБ-10)					Источник финансирования (подчеркнуть) 1 Федеральный 2 Субъект Российской Федерации 3 Муниципальный	% оплаты (подчеркнуть) 1 Бесплатно 2 50%	Код лекарственного средства (заполняется в аптечной организации)			
S	S	S	L	L	L	.	L						

РЕЦЕПТ Серия _____ № _____ Дата выписки: 20__ г.

Ф.И.О. пациента _____ Дата рождения

[illegible]

Адрес или № медицинской карты амбулаторного
пациента _____
(истории развития ребенка)

Ф.И.О. лечащего врача

Py6.	Kon.	Rp:		
.....		D.t.d.		
.....		Signa:		

--	--	--	--	--

(код лечащего врача)

Подпись и личная печать лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 5 дней, 10 дней, 1 месяца, 3 месяцев (ненужное зачеркнуть)
 ----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----

<u>Отпущено по рецепту:</u>	Торговое наименование и дозировка
Дата отпуска: «__» _____ 20__ г.	Количество:
Приготовил:	Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва)-----

Корешок рецептурного бланка Наименование лекарственного препарата: Дозировка	Способ применения: Продолжительность _____ дней Количество приемов в день: _____ раз На 1 прием _____ ед
--	--