|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Утверждена приказом Министерства  здравоохранения Российской Федерации  от 14 января 2019 г. N 4н | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Штамп | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Штамп ЛПУКод  медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 1 | | 0 | | 2 | | | | 2 | | | 4 | | | 0 | | | | 2 | | | | 1 | | | 2 | | | 5 | | | 0 | | 1 | | | | 9 |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Штамп | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код  индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | | |  |  | |  | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Код формы по ОКУД 3108805  Форма № 148 – 1/ у – 04 (л) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Код категории  граждан | | | | | | | | | | | | Код нозологической формы (по МКБ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть)  1. Федеральный бюджет  2. Бюджет субъекта Российской Федерации  3. Муниципальный бюджет | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | % оплаты:  (подчеркнуть)  1. Бесплатно  2. 50% | | | | | | | | | | | | |
| 0 | | | 8 | | | | 1 | | | | | C | | | | | 8 | | | | | | 3 | | | | | . | | | | 3 | | | |
| S | | | S | | | | S | | | | | L | | | | | L | | | | | | L | | | | | . | | | | L | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 **РЕЦЕПТ** Серия 04-КФ № 204341 Дата оформления | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | |  | | | 20\_\_\_г. | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (последнее - при наличии) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| пациента | | | | | | | | Максимов В.А. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Дата рождения | | | | | | | 0 | | 7 | |  | | 0 | | 1 | | |  | | | | 1 | | 9 | | | 7 | | 4 | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| СНИЛС | | | | | | | | | | 0 | | | 9 | | | | | 3 | | | 5 | | | 2 | | | | 2 | | 0 | | | 6 | | | | 9 | | | 8 | | 4 | | |  | | |  |  |  |  |  | |  | | | |  | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |
| № полиса  обязательного  медицинского  страхования | | | | | | | | | | 7 | | | 7 | | | | | 8 | | | 9 | | | 8 | | | | 9 | | 5 | | | 2 | | | | 9 | | | 4 | | 5 | | | 9 | | | 1 | 0 | 9 | 0 | 3 | | 8 | | | | 8 | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| в амбулаторных условиях | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 55/2014 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| лечащего врача (фельдшера, акушерки) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Иванов П.С. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ─────────────────────────────────────────────────────────── | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Руб. | Коп. | Rp: Tabl. Clonidini 0,000075  ……| …….| … .D.t.d. N. 50  ……|……..|…. Signa: Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ─────────────────────────────────────────────────────────── | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Для рецептовВрачПодпись и печать лечащего врача М. П.  (подпись фельдшера, акушерки) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| http://ventasign.ru/images/ivanov.png  Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)  – – – – – – – – – – – – – – – – – – – (Заполняется специалистом аптечной организации) – – – – – – – – – – – – – – – – – – | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Отпущено по рецепту: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК № 1

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 148-1/у-88

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

------------------------------------------------------------------------

┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐ ┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐┌ ┐

Серия │2││4││А││В│ N │5││3││7││5││2│

└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘ └ ┘└ ┘└ ┘└ ┘└ ┘

РЕЦЕПТ "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента Максимов В.А.

Дата рождения 07.01.1974

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов П.С.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonidini 0,000075………………………………………

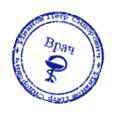
.............................. D.t.d. N 50……………………………………………………...

.............................. Signa. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день …………………

........................................................................

........................................................................

........................................................................

------------------------------------------------------------------------

http://ventasign.ru/images/ivanov.pngПодпись и печать лечащего врача М. П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК № 1

Министерство здравоохранения

Российской Федерации Код формы по ОКУД

 Медицинская документация

штамп медицинской организации Форма N 107/у-НП

Утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

От\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_N\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │2│4│А│В│ N │1│3│5│9│8│0│

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┴─┘

"\_\_\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. пациента Максимов Владимир Андреевич

(полностью)

Возраст \_\_\_\_\_\_\_\_\_71\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного

медицинского страхования 7789895294591090388\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер медицинской карты \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_55/2014\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача Иванов Петр Сидорович

(фельдшера,акушерки) (полностью)



Rp.: Sol. Morphini 1% - 1 ml …………………………..…………………………

D.t.d. N. 20 (двадцать) in amp.………………………………………………

Signa: Вводить под кожу по 1 мл при болях ………………………………

------------------------------------------------------------------------

http://ventasign.ru/images/ivanov.png

Подпись и личная печать

врача (подпись фельдшера,акушерки) М.П.



Ф.И.О. и подпись уполномоченного

лица медицинской организации Соколов Андрей Семенович\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней

РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК №12

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

------------------------------------------------------------------------

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

"\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента Сидорова Е.П.

Дата рождения 07.01.1978

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) Иванов П.С.

руб.|коп.| Rp.Caps.Omeprazoli 0,02

..............D.t.d. N.30

..............S. Внутрь по 1 капсуле за 30 минут до еды 1 раз в сутки

.......................................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

руб.|коп.| Rp.

.......................................

.......................................

-------------------------------------------------------

http://ventasign.ru/images/ivanov.png

Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, ~~до 1 года~~ (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(ненужное зачеркнуть) (указать количество

месяцев)