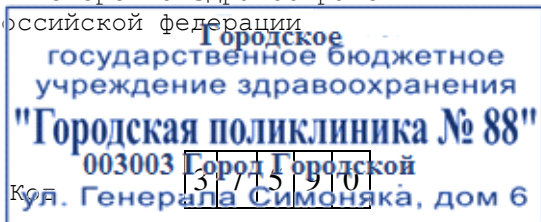


Министерство здравоохранения  
Российской Федерации



Утверждена  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805  
Форма N 148-1/у-04 (л)

|                       |                          |  |  |
|-----------------------|--------------------------|--|--|
| Код категории граждан | Код нозологической формы | Источник финансирования (подчеркнуть):<br>1) <u>Федеральный бюджет</u><br>2) бюджет субъекта Российской Федерации<br>3) муниципальный бюджет | % оплаты (подчеркнуть):<br>1) <u>Бесплатно</u><br>2) 50% |
| 0 8 2                 | F 2 9                    |  |  |

**РЕЦЕПТ** Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 27 06 2019

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116-032-01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Tabl. Levomepromazini 25 mg  
D.t.d. N 50  
Signa: по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



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 _____     | Способ применения:<br>Продолжительность _____ дней |
| Наименование лекарственного препарата | Количество приемов _____ раз                       |
| Дозировка                             | На 1 прием _____ ед.                               |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Форма N 148-1/у-88

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения: 02.11.1946

Адрес места жительства или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: **Tabl. Levomepromazini 25 mg**

**D.t.d N 50**

**Signa: 1 таб. 2 раза в день**

Подпись и печать лечащего врача  
подпись фельдшера, акушерки)

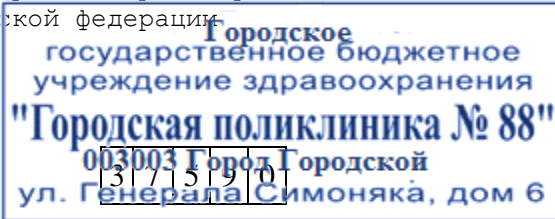


Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Утверждена  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н



Код

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 1 | 0 | 9 | 9 | 7 | 8 | 9 | 8 | 9 | 8 | 9 | 7 |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

|                       |                          |  |  |
|-----------------------|--------------------------|--|--|
| Код категории граждан | Код нозологической формы | Источник финансирования (подчеркнуть):<br>1) <u>Федеральный бюджет</u><br>2) бюджет субъекта Российской Федерации<br>3) муниципальный бюджет | % оплаты (подчеркнуть):<br>1) <u>Бесплатно</u><br>2) 50% |
| 0 8 4                 | С 8 1                    |  |  |

**РЕЦЕПТ** Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 2 | 7 | 0 | 6 | 2 | 0 | 1 | 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 0 | 0 | 3 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

 СНИЛС 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| 1 | 1 | 6 | - | 0 | 3 | 2 | - | 0 | 1 |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

N 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 лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Tramadoli 50 mg  
D.t.d. № 20  
Signa: по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней  
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: \_\_\_\_\_ Торговое наименование и дозировка:

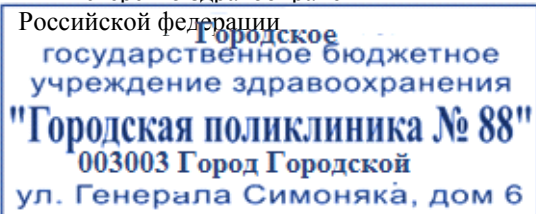
Дата отпуска: «\_\_» \_\_\_\_\_ 20 г. Количество: \_\_\_\_\_  
Приготовил: \_\_\_\_\_ Проверил: \_\_\_\_\_ Отпустил: \_\_\_\_\_

----- (линия отрыва) -----

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Корешок рецептурного бланка _____     | Способ применения:<br>Продолжительность _____ дней |
| Наименование лекарственного препарата | Количество приемов _____ раз                       |
| Дозировка                             | На 1 прием _____ ед.                               |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации



Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Форма N 148-1/у-88

утвержденная приказом

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.2003

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Tramadoli 50 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 2 раза в день

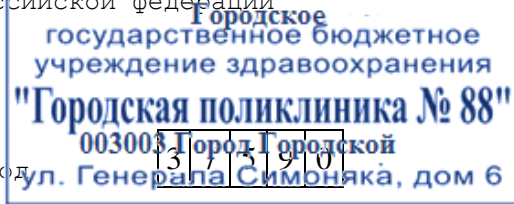
Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации



Утверждена  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

|                       |                          |  |   |
|-----------------------|--------------------------|--|---|
| Код категории граждан | Код нозологической формы | Источник финансирования (подчеркнуть):<br>1) <u>Федеральный бюджет</u><br>2) <u>бюджет субъекта Российской Федерации</u><br>3) <u>муниципальный бюджет</u> | % оплаты (подчеркнуть):<br>1) <u>Бесплатно</u><br>2) <u>50%</u> |
| 9 2 5                 | С 7 6                    |  |   |

**РЕЦЕПТ** Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 7 0 6 2 0 1 9

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N 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 лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Sol. Buprenorphini 0,3 mg/ml -1 ml

D.t.d. № 30 in amp.

Signa: по 1 мл внутримышечно медленно 4 раза в день

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)



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 _____     | Способ применения:<br>Продолжительность _____ дней |
| Наименование лекарственного препарата | Количество приемов _____ раз                       |
| Дозировка                             | На 1 прием _____ ед.                               |

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Утверждена  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код  
категории  
граждан

9 2 5

Код  
нозологической  
формы

C 7 6

Источник  
финансирования (подчеркнуть) :  
1) Федеральный бюджет  
2) бюджет субъекта Российской  
Федерации  
3) муниципальный бюджет

% оплаты (подчеркнуть):  
1) Бесплатно  
2) 50%

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 7 0 6 2 0 1 9

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.В.

Дата  
рождения

0 2 1 1 1 9 4 6

СНИЛС

1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N 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

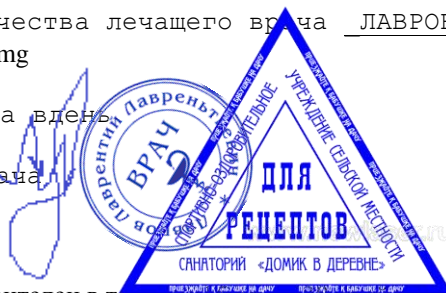
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Trimeperidini 25 mg

D.t.d. № 20

Signa: по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



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 _____     | Способ применения:<br>Продолжительность _____ дней |
| Наименование лекарственного препарата | Количество приемов _____ раз                       |
| Дозировка                             | На 1 прием _____ ед.                               |

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Утверждена  
приказом Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код  
категории  
граждан

9 2 5

Код  
нозологической  
формы

C 7 6

Источник  
финансирования (подчеркнуть) :  
1) Федеральный бюджет  
2) бюджет субъекта Российской  
Федерации  
3) муниципальный бюджет

% оплаты (подчеркнуть) :  
1) Бесплатно  
2) 50%

**РЕЦЕПТ** Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 7 0 6 2 0 1 9

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата  
рождения

0 2 1 1 1 9 4 6

СНИЛС

1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

N 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 лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Propionilphenyletoxyethylpiperidini 20 mg

D.t.d. № 20 (двадцать) in tabl.

Signa: по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача  
подпись фельдшера, акушерки



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 _____     | Способ применения :<br>Продолжительность <u>  </u> дней |
| Наименование лекарственного препарата | Количество приемов <u>  </u> раз                        |
| Дозировка                             | На 1 прием <u>  </u> ед.                                |

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Форма N 148-1/у-88

утвержденная приказом

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Tramadoli 100 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней





Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утвержденная приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 N 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Benzobarbitali 100 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Городское государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утвержденная приказом  
Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4

N

9 9 8 7 6 5

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

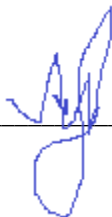

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Diazepamі 5 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утвержденная приказом  
Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия 

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|

 N 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 9 | 9 | 8 | 7 | 6 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Codeini phosphatis hemihydras 10 mg  
Coffeini 50 mg  
Metamizoli natrii 150 mg  
Paracetamoli 300 mg  
Phenobarbitali 15 mg

D.t.d № 40 in tabl.

Signa. по 1 табл. 2-3 раза в день

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Городское государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения  
"Городская поликлиника № 88"  
003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утвержденная приказом  
Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4

N

9 9 8 7 6 5

«27» 06 2019 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tropicamidi 0,5% -10 мл  
D.S. По 2 капли в каждый глаз

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней