Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/#/document/179139/entry/0)

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп) медицинской Форма N 107-1/у

организации Утверждена [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/403137145/entry/0) Министерства

здравоохранения Российской

Наименование (штамп) индивидуального Федерации

предпринимателя (указать адрес, номер от 24 ноября 2021 г N 1094н

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

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись

и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (нужное подчеркнуть) (указать количество дней)

Министерство здравоохранения Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/#/document/179139/entry/0)

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп) медицинской Форма N 107-1/у

организации Утверждена [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/403137145/entry/0) Министерства

здравоохранения Российской

Наименование (штамп) индивидуального Федерации

предпринимателя (указать адрес, номер от 24 ноября 2021 г N 1094н

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

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

руб.|коп.| Rp.

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

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

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

Подпись

и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года( \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (нужное подчеркнуть) (указать количество дней

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

Наименование (штамп) медицинской Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/#/document/179139/entry/0) 3108805

организации Медицинская документация Форма

N 148-1/у-88

Наименование (штамп) Утверждена [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/403137145/entry/0) Министерства

индивидуального предпринимателя здравоохранения Российской

(указать адрес, номер и дату Федерации

лицензии, наименование органа от 24 ноября 2021 г. N 1094н

государственной власти, выдавшего

лицензию)

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

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │ │ │ │ │ N │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘

РЕЦЕПТ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

Наименование (штамп) медицинской Код формы по [ОКУД](http://ivo.garant.ru/#/document/179139/entry/0) 3108805

организации Медицинская документация Форма

N 148-1/у-88

Наименование (штамп) Утверждена [приказом](http://ivo.garant.ru/#/document/403137145/entry/0) Министерства

индивидуального предпринимателя здравоохранения Российской

(указать адрес, номер и дату Федерации

лицензии, наименование органа от 24 ноября 2021 г. N 1094н

государственной власти, выдавшего

лицензию)

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

┌─┬─┬─┬─┐ ┌─┬─┬─┬─┬─┐

Серия │ │ │ │ │ N │ │ │ │ │ │

└─┴─┴─┴─┘ └─┴─┴─┴─┴─┘

РЕЦЕПТ "\_\_\_"\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

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

пациента\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес места жительства или N медицинской карты амбулаторного пациента,

получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

лечащего врача (фельдшера, акушерки)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб. Коп. Rp:

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

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

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

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

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

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

Подпись и печать лечащего врача М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней