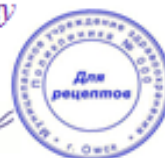


Управление здравоохранения
Восточного административного округа города Москвы
Государственное бюджетное
учреждение здравоохранения города Москвы
Городская клиническая больница № 00
ОГРН 0000000000000 ИНН/КПП 0000000000/0000000000
000000, г. Москва, Улица, д. 00 Тел. (000) 000-00-00
№ _____ 20 ____ г.
На № _____ 20 ____ г.

РЕЦЕПТ (бланк розового цвета)

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
форма N 107/у-НП,

По специальному
назначению



Серия

х	х		
---	---	--	--

 N

0	0				
---	---	--	--	--	--

" 20 " марта 20 __ г.

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

ф.И.О. пациента Иванов Иван Иванович

Возраст 46

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 000000000001

Номер медицинской карты _____

ф.И.О. врача (фельдшера, акушерки) Петрова Ирина Федоровна

Rp: STT Fentanili 75mcg/hr

D.t.d. N.90 (девятисто)

S. По 1 таблетке под язык при болях

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушера) _____ М.П.

ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации
Федоров Иван Петрович



Отметка аптечной организации об отпуске

ф.И.О. и подпись работника аптечной организации

Срок действия рецепта 15 дней