Министерство здравоохранения
Российск

Штамп
Код
медицинской организации

1	0	2	2	4	0	2	3	0					

Управление здравоохранения Восточного административного округа города Москвы
Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы
Городская клиническая больница № 00
ОГРН 0000000000000 ИНН/КПП 0000000000/000000000
000000, г.Москва, Улица, д. 00 Тел. (000) 000-00-00
№ _____ «____» _____ 20___ г.
На № _____ «____» _____ 20___ г.

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации
Код формы по ОКУД 3108805
от 14 января 2019 г. N 4н
Форма N 148-1/у-04 (л)

Штамп
Код
индивидуального предпринимателя

Код категории граждан			Код нозологической формы (по МКБ)					Источник финансирования: (подчеркнуть)	% оплаты: (подчеркнуть)
5	0	1	Н	4	0	·	1	1. Федеральный бюджет 2. Бюджет субъекта Российской Федерации 3. Муниципальный бюджет	1. Бесплатно 2. 50%

РЕЦЕПТ Серия 04-14 N 74157727 Дата оформления: XX.04.2020
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента Свидерская Ю.И. Дата рождения 14.04.1980

СНИЛС	0	2	8	-	2	4	0	-	9	2	7		4	1											
N полиса обязательного медицинского страхования:	2	4	7	5	8	5	0	8	3	5	0	0	2	1	7										

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 838350
Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Соколов В.Н.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Lisinoprili 0,01
D.t.d. N.28
S. По 1 таблетке 1 раз в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Фамилия Имя Отчество
Врач
Муниципальное учреждение здравоохранения Поликлиника № 000
Для рецептов
г. Омск

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.

Оборотная сторона

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил