|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохраненияРоссийской Федерации | Утверждена приказом Министерстваздравоохранения 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 3108805Форма № 148 – 1/ у – 04 (л) |
|  |
| Код категорииграждан | Код нозологической формы (по МКБ) | Источник финансирования: (подчеркнуть)1. Федеральный бюджет2. Бюджет субъекта Российской Федерации3. Муниципальный бюджет | % оплаты:(подчеркнуть)1. Бесплатно2. 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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| № полисаобязательногомедицинскогострахования | 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.pngРецепт 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 бланкаНаименование лекарственного препарата:Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | Способ применения:Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_ днейКоличество приемов в день: \_\_\_\_\_ разНа 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 …………………

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

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

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

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

Подпись 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 ………………………………

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



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.

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

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

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



Подпись М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

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

 (ненужное зачеркнуть) (указать количество

 месяцев)