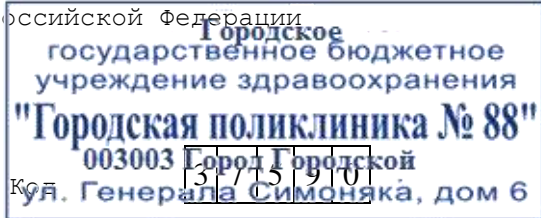


Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

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. **Tabl. Clonidini 0,15 mg**
D.t.d. N 20
Signa: по 1 табл. 2 раза в день во время еды

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)



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

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

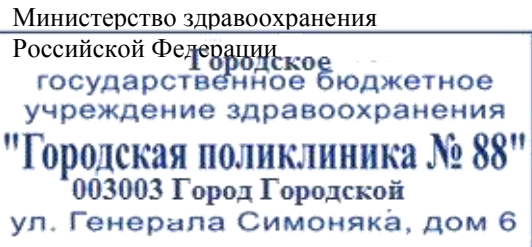
Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

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



Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 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. Clonidini 0,15 mg**

D.t.d N 20

Signa: 1 таб. 2 раза в день во время еды

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)

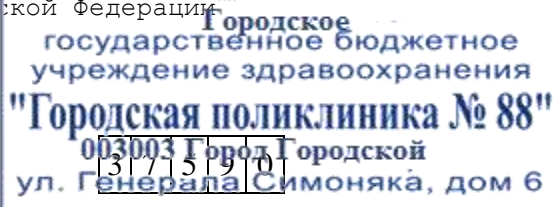


Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н



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): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 3 0	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Дата рождения

0	2	1	1	1	9	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---

 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. Clonazepam 0,5 mg

D.t.d. № 30

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:

пустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: 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
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4

N

9 9 8 7 6 5

«28» 06 2024 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.1980

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

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

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonazepamі 0,5 mg

D.t.d № 30

Signa. по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

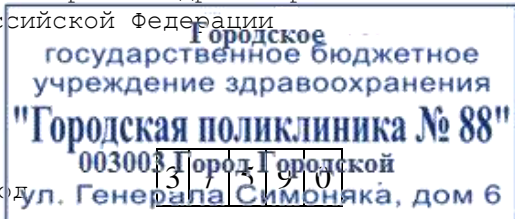


Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н



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): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 4

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 (тридцать) 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:

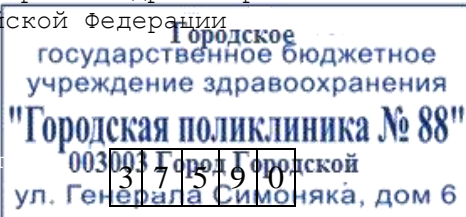
Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество:

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

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

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н



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): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024

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

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. Trimeperidini 25 mg

D.t.d. № 20 (двадцать)

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: 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"
 ул. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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
 С 7 6

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

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

РЕЦЕПТ Серия **679RT N 12992533** Дата оформления **2 8 0 6 2 0 2 4**
 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**

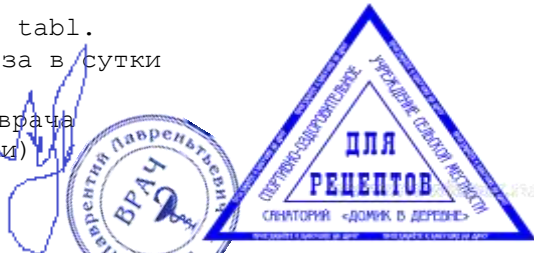
N полиса обязательного медицинского страхования **7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8**

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

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

Rp: Morphini 30 mg
 D.t.d. № 30 (тридцать) in tabl.
 Signa: по 1 табл. 2 раза в сутки

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:

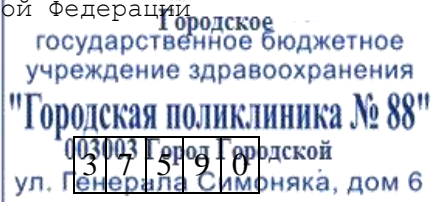
Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество:

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

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

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код

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

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

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

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 4

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

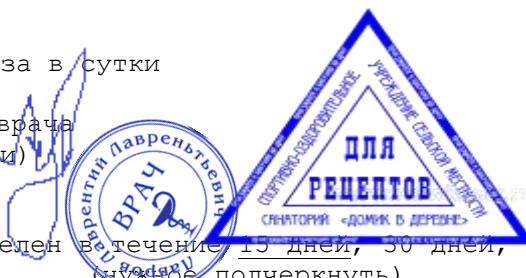
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Pregabalini 75 mg

D.t.d. № 30 in caps.

Signa: по 1 капс. 2 раза в сутки

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:

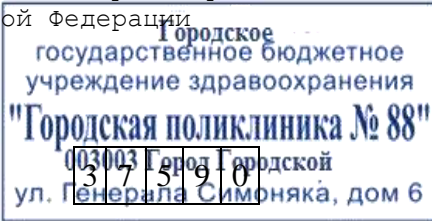
Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

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

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код

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

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

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

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

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: STT Phentanyli 75 мкг/час

D.t.d. № 5 (пять) in plast

Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки



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

----- (заполняется специалистом ап. спец. организацией) -----

Отпущено по рецепту: _____ Торговое наименование и дозировка: _____

Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество: _____

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: _____
Наименование лекарственного препарата _____	Продолжительность _____ дней
Дозировка _____	Количество приемов _____ раз
	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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4

N

9 9 8 7 6 5

«28» 06 2024 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: STT Phentanyli 75 мкг/час
D.t.d.№ 5(пять) in plast
Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

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 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4

N

9 9 8 7 6 5

«28» 06 2024 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: Pregabalini 75 mg
D.t.d.№ 30 in caps.
Signa. по 1 капс. 2 раза в день

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
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 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

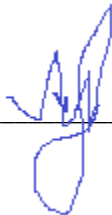

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 mg

D.t.d № 50 in tabl.

Signa. по 1 табл. 3 раза в сутки

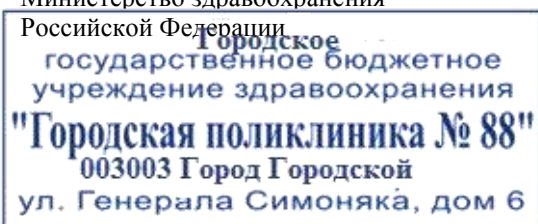
Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)

Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.2007

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

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

Руб. Коп. Rp: Phenobarbitali 50 mg
D.t.d № 20 in tabl.
Signa. по 1 табл. на ночь

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
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

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

 N

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

«28» 06 2024 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

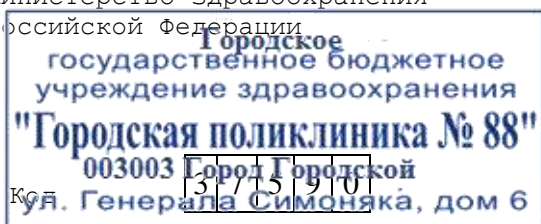
Signa. по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 4	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2024

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

Дата рождения 02 11 2007 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. Phenobarbitali 50 mg
D.t.d. N 20 in tabl.
Signa: по 1 табл. на ночь

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:

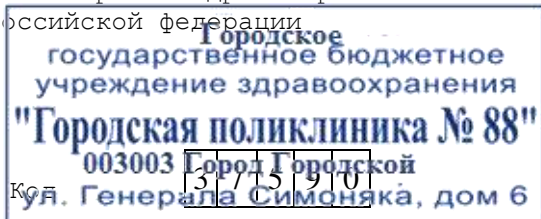
Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----

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

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 4

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. **Tabl. Benzobarbitali 100 mg**

D.t.d. N 20

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

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:

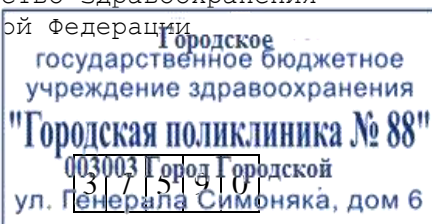
Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

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

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н



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): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 2 0	F 3 3		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	4
---	---	---	---	---	---	---	---

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

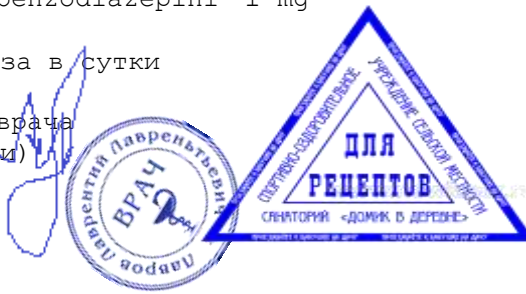
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Bromdihydrochlorphenylbenzodiazepini 1 mg

D.t.d. № 50 in tabl.

Signa: по 1 табл. 3 раза в сутки

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: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.