

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
утвержденная приказом
Министерство 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 2022 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: ~~Tabl Trimeperidini~~ 25 mg

~~D.t.d.~~ N 20 (двадцать)

Signa: По 1 табл. 3 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации
ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске _____

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации _____

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
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
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 2022 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Morphini 30 mg

D.t.d. N 30 (тридцать) in tabl.

Signa: По 1 табл. 2 раза в сутки

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации
ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации

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
Медицинская документация
Форма N 107/У-НП,
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 2022 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 74

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Sol. ~~Вурдеорфин~~ 0,3 mg/ml - 1 ml

D.t.d. N 30 (тридцать) in amp.

Signa: По 1 мл внутримышечно медленно 4 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации

ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации



М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
Код у. Генерала Симоняка, дом 6

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 козологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

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

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: _____
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
Министерство 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 2022 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

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 3 0	G 4 0		

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

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: Табл. 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: Отпустил:

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	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
Министерство 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 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

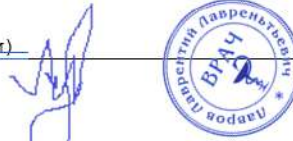
Дата рождения 02.11.1980

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

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

Руб. Коп. Rp: ~~Tabl. Clonazepam 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
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003008 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

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

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. Vitrenoprolini 0,3 mg/ml - 1 ml

D.t.d. N 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 ~~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
 Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
 "Городская поликлиника № 88"
 003003 Городской
 ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

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

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

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. Trimeperidini 25mg
 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:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество <u> </u> приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
3177810
03003 Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2022
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

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.

Рр: ~~Morphin~~ 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: _____
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 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 2
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: _____
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"
3171910
Код 03003 Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

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

(нужно подчеркнуть) (цифры в ленточке)

----- (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"
003003 Город Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство 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 2022 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 Phentanyl 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
Министерство 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 2022 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 2022 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
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 2022 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.2005

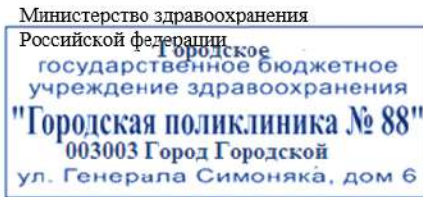
Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

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

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

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)





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 2022 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
Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88"
003003 Городской
Код. Генерала Симоняка, дом 6

Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 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) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	№ оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

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

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

№ 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.

Рр. Tabl. Benzobarbitali 100 mg
D. d. 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: _____
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"
3103003 Городской
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) 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 28 06 2022
фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

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