

Приложение № 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2012 № 1094н

Форма рецептурного бланка № 107-1/у

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

Форма № 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения

Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдавшего лицензию)

Российской Федерации
от 24 ноября 2012 № 1094н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

«___» _____ 20__ г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
пациента _____

Дата рождения _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

руб.|коп.| Rp.
.....
.....

руб.|коп.| Rp.
.....
.....

руб.|коп.| Rp.
.....
.....

Подпись
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____) (указать количество дней)
(нужное подчеркнуть)

Оборотная сторона

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии
--

Приготовил	Проверил	Отпустил

Форма рецептурного бланка № 148-1/у-88

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

Форма № 148-1/у-88

Утверждена приказом

Наименование (штамп)
индивидуального предпринимателя
(указать адрес, номер и дату лицензии,
наименование органа государственной власти,
выдавшего лицензию)

Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 27 ноября 2001 г. № 1094н

Серия №

РЕЦЕПТ

« » _____ 20__ г.
(дата оформления-рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
пациента _____

Дата рождения _____

Адрес места жительства или № медицинской карты амбулаторного пациента, получающего
медицинскую помощь в амбулаторных условиях _____

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

Руб. Коп. Rp:

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

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

----- (Заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:	Торговое наименование и дозировка:
Дата отпуска: «__» _____ 20__ г.	Количество:
Приготовил:	Проверил: Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

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

<*> В случае изготовления рецептурного бланка с использованием компьютерных технологий

Оборотная сторона

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии
--

Приготовил	Проверил	Отпустил