

Приложение № 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2011 г. № 1094н

Форма специального рецептурного бланка № 107/у-НП

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма № 107/у-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2011 г. № 1094н

штамп медицинской организации

РЕЦЕПТ

Серия

--	--	--	--	--

 №

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

"__" _____ 20__ г.
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
пациента _____

Возраст _____

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Номер медицинской карты _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

Rp:.....

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки) _____
М.П.

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и подпись уполномоченного лица
медицинской организации _____
М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске _____

Фамилия, имя, отчество (последнее – при наличии) и подпись работника аптечной
организации _____
М.П.

Срок действия рецепта 15 дней