

**Форма рецептурного бланка N 107-1/у**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
медицинской организации

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

Код формы по **ОКУД**  
Код учреждения по ОКПО  
Медицинская документация  
Форма N 107-1/у  
Утверждена **приказом**  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

**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 ( \_\_\_\_\_ )  
(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)

**Оборотная сторона**

Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии
---

Приготовил	Проверил	Отпустил

**Форма рецептурного бланка N 148-1/у-88**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Код формы по **ОКУД** 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
Утверждена **приказом**  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. N 4н

Наименование (штамп)  
медицинской организации

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

Серия  N

**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 N 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 \_\_\_\_\_ М.П.  
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней

**Оборотная сторона**

Отметка о назначении  
лекарственного препарата по  
решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил





Отметка о назначении лекарственного препарата по  
решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил