ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/у

Министерство здравоохранения Код формы по ОКУД

Российской Федерации Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп) Форма N 107-1/у

медицинской организации Утверждена приказом

Министерства здравоохранения

Наименование (штамп) Российской Федерации

индивидуального предпринимателя от 14 января 2019 г. N 4н

(указать адрес, номер и дату лицензии,

наименование органа государственной

власти, выдавшего лицензию)

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

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 М.П.

и печать лечащего врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(ненужное зачеркнуть) (указать количество

месяцев)

Оборотная сторона

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Отметка о назначении лекарственного препарата по решению врачебной комиссии | |
|  | |
|  | |
| Приготовил | Проверил | Отпустил | |
|  |  |  | |

 ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/У-04(Л)

Министерство здравоохранения                УТВЕРЖДЕНА

Российской Федерации        МЕСТО ДЛЯ       приказом Министерства

                          ШТРИХКОДА <\*>     здравоохранения

                                            Российской Федерации

                                            от 24 ноября 2021 г.

                                            N 1094н

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Штамп | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код медицинской организации | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Штамп | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Код индивидуального предпринимателя | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

                                          Код формы по ОКУД 3108805

                                           Форма N 148-1/у-04(л)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Код   категории    граждан | | | Код     нозологической      формы (по [МКБ](https://normativ.kontur.ru/document?moduleid=1&documentid=71591#l0)) | | | | | Источник финансирования:  (подчеркнуть) | % оплаты:  (подчеркнуть) |
| 1. Федеральный бюджет | 1. Бесплатно |
| 2. Бюджет субъекта  Российской Федерации | 2. 50% |
| 3. Муниципальный бюджет | 3. иной % |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| РЕЦЕПТ Серия \_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата оформления: |  |  |  |  |  | 20\_ г. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее -  при наличии) пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата рождения |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| СНИЛС |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | | |
| N полиса  обязательного  медицинского  страхования: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

  Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в

амбулаторных условиях \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Руб.   Коп.   Rp: ................................................

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

              D.t.d. .............................................

              Signa: .............................................

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

  Подпись и печать лечащего врача                          М.П.

(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  Наименование  лекарственного препарата:    Дозировка: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Способ применения:  Продолжительность \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дней    Количество приемов в день: \_\_\_ раз  На 1 прием: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ед. |

Оборотная сторона

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  |  |

<\*>  В  случае  изготовления  рецептурного бланка с использованием

компьютерных технологий.

  ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 148-1/У-88

Министерство здравоохранения          Код формы по ОКУД 3108805

Российской Федерации                  Медицинская документация

                                      Форма N 148-1/у-88

Наименование (штамп)                  Утверждена приказом

медицинской организации               Министерства здравоохранения

                                      Российской Федерации

Наименование (штамп)                  от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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 |
|  |  |  |

ФОРМА СПЕЦИАЛЬНОГО РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107/У-НП

Министерство здравоохранения          Код формы по ОКУД

Российской Федерации                  Медицинская документация

                                      Форма N 107/у-НП,

                                      утвержденная приказом

                                      Министерства здравоохранения

штамп медицинской организации         Российской Федерации

                                      от 24.11.2021 N 1094н

                              РЕЦЕПТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Серия |  |  |  |  |  | N |  |  |  |  |  |  |  |

                                        "\_\_" \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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