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