

# ПРОФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
медицинской организации

Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
**Форма № 148-1/у-88**  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 20 января 2012 г. № 1175н

Серия  №  \*

РЕЦЕПТ

«  »  20 г. \*

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужно подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента

(полностью)

Возраст

Адрес или № медицинской карты амбулаторного пациента  
(истории развития ребенка)

Ф.И.О. лечащего врача

(полностью)

Руб. Коп. Rp:

Подпись и личная печать  
лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 10 дней

\* - графы, подлежащие заполнению студентом

# ПРОФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Наименование (штамп)  
медицинской организации

Код формы по ОКУД  
Код учреждения по ОКПО  
Медицинская документация  
**Форма № 107-1/у**  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 20 января 2012 г. № 1175н

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужно подчеркнуть)

«  »  20 г.

Ф.И.О. пациента

Возраст

Ф.И.О. лечащего врача

руб. | коп. | Rp:

руб. | коп. | Rp:

руб. | коп. | Rp:

Подпись

и личная печать лечащего врача

М.П.

Рецепт действителен в течение 2 месяцев, до 1 года (  )  
(ненужное зачеркнуть) (указать количество месяцев)

\* - графы, подлежащие заполнению студентом

**ПРОФОРМА СПЕЦИАЛЬНОГО РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА  
НА НАРКОТИЧЕСКОЕ СРЕДСТВО ИЛИ ПСИХОТРОПНОЕ ВЕЩЕСТВО**

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

Код формы по ОКУД  
Медицинская документация  
Форма № 107/у-НП,  
утвержденная приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от \_\_\_\_\_ № \_\_\_\_\_

штамп медицинской организации

РЕЦЕПТ

Серия  №

«\_\_» \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский — нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты амбулаторного больного (истории развития ребенка) \_\_\_\_\_

Ф.И.О. врача \_\_\_\_\_

(фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

Рр: \_\_\_\_\_

Подпись и личная печать врача \_\_\_\_\_

(подпись фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_

М.П.

Ф.И.О. и подпись руководителя \_\_\_\_\_

(заместителя руководителя или руководителя

структурного подразделения) медицинской организации \_\_\_\_\_

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске \_\_\_\_\_

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации \_\_\_\_\_

М.П.

Срок действия рецепта 5 дней

**\* - графы, подлежащие заполнению студентом**