

Медицинская организация
Штамп

Код ОГРН

УТВЕРЖДЕНА
приказом Министерства здравоохранения и
социального развития Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. №1175н
(в ред. Приказов Минздрава России от
30.06.2015 № 386н,
от 21.04.2016 №254н))

Код формы по ОКУД 3108805
Форма № 148-1/у-06 (л)

Код
категории
граждан

Код нозологической
формы
(по МКБ-10)

Источник финансирования: 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет (нужное подчеркнуть)	% оплаты из источника финан- сирования: 1) 100% 2) 50% (нужное подчеркнуть)	Рецепт действителен в течении 15 дней, 30 дней, 90 дней, (нужное подчеркнуть)
--	---	--

РЕЦЕПТ Серия _____ № _____ от

Ф.И.О пациента _____

Дата рождения СНИЛС

N полиса
обязательного
медицинского
страхования:

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях

Ф.И.О лечащего врача _____

Код лечащего врача

Выписано:

Rp: (заполняется специалистом аптечной организации)

Отпущено по рецепту: _____

Дата отпуска _____

Код лекарственного _____

препарата _____

Торговое наименование _____

Количество единиц _____

Signa _____

Подпись лечащего врача _____

и личная печать врача _____

Количество _____

На общую сумму _____

М.П. _____

----- (линия отрыва) -----

Корешок РЕЦЕПТА Серия _____ № _____ от _____

Способ применения:

Продолжительность _____ дней

Наименование лекарственного

Количество приемов в день: _____ раз

препарата: _____

На 1 прием: _____ ед.

Дозировка: _____

Отметка о назначении лекарственного
препарата по решению врачебной комиссии

www.genlayn.ru

Приготовил	Проверил	Отпустил