

*Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н*

ФОРМА РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107-1/У

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

Форма N 107-1/У
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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 дней)

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

Наименование (штамп)
медицинской организации

Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

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

от 24 ноября 2021 г. N 1094н

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
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 15 дней

Оборотная сторона

Отметка о назначении
лекарственного препарата
по решению врачебной комиссии

Приготовил	Проверил	Отпустил

Дозировка: _____	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.