

*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  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Наименование (штамп)  
медицинской организации

Наименование (штамп)  
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  
(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.