Утверждена Министерство здравоохранения приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации государственное бюджетное Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" 1003003 Город Городской Кул. Генерала Симоняка, дом 6 9 8 9 9 9 7 8 8 9 Код формы по ОКУД 3108805 Форма N 148-1/y-04 (л) Код Код Источник % оплаты (подчеркнуть): категории нозологической финансирования 1) Бесплатно 2)50% (подчеркнуть): граждан формы 1) Федеральный бюджет 3) иной 8 2 2 9 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет 8 2 2 2 0 6 0 4 РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления ИВАНОВ И.И. Фамилия, инициалы имени и отчества пациента Дата СНИЛС 0 2 1 1 6 6 0 3 рождения N полиса обязательного 7 8 3 8 8 медицинского страхования Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014 Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л. Rp. Tabl. Clonidini 0,15 mg D.t.d. N 20 Signa: по 1 табл. 2 раза в день/во время еды Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки) Poda Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

	специалистом	аптечной организации) -	
Отпущено по рецепту:		Торговое наименование и	дозировка:
Дата отпуска: «»	20 г.	Количество:	
Приготовил:		Проверил:	Отпустил:
	(линия от	рыва)	

, пиния отрыва)	
Корешок рецептурного бланка	Способ применения:	
	Продолжительность	_ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов	pas
Дозировка	На 1 прием	ед.

Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" оозооз Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия | 1 2 3 4 N | 9 9 8 7 6 5

«<u>28</u>» <u>06</u> 2024 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения: 02.11.1946

Адрес места жительства или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача <u>ЛАВРОВ Л.Л.</u>

Руб. Коп. Rp: Tabl. Clonidini 0,15 mg

D.t.d N 20

Signa: 1 таб. 2 раза в день во время еды

Подпись и печать лечащего врача подпись фельдшера, акушерки)





Россий кой Федерации ородское государственное бюджетное

Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" Кол моняка, дом 6 0 9 Код формы по ОКУД 3108805 Форма N 148-1/y-04 (л) % оплаты (подчеркнуть: Источник Кол Кол категории нозологической финансирования 1) Бесплатно 2)50% граждан (подчеркнуть): формы 1) Федеральный бюджет 3) иной 3 0 0 2)бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет 2 | 8 0 РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И. СНИЛС Дата 2 1 1 0 6 0 3 2 0 0 рождения N полиса обязательного 7 8 9 8 5 2 9 5 9 8 4 0 медицинского страхования Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014 Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л. Rp: Tabl. Clonazepami 0.5 mgD.t.d.Nº 30 Signa: по 1 табл. 2 раза вден Подпись и печать лечащего врама подпись фельдшера, акушерки) CRHATOPHR < DOMPK IS DEPENHE: Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть) ----- (заполняется специалистом аптечной организации) ------Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка: Количество: 20 г. Дата отпуска: « » Приготовил: Проверил: О□пустил: Корешок рецептурного бланка Способ применения: Продолжительность дней Наименование лекарственного препарата Количество приемов раз Дозировка На 1 прием ед.

Утверждена

приказом Министерства здравоохранения

РЕЦЕПТ

Руб.

Коп.

Rp:

Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" 003003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/y-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

	« <u>28</u> »	06	2024 г.
	(дата офо	ормления	я рецепта)
(<u>взрослый</u> , детский – нужное подчеркнуть)			
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.			
Дата рождения <u>02.11.1980</u>			
Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента55/2014			
Фамилия, инициалы имени и отчества лечашего врача ЛАВРОВ Л.Л.		-	

Tabl. Clonazepami 0,5 mg

Signa. по 1 табл. 2 раза в день

D.t.d Nº 30

Серия

Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки)

Срок действия 15 дней



	Продолжительность	дней
Корешок рецептурного бланка	Способ применения:	
(линия отрыва	±	
Zu 11 111 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		/СТИЛ:
	ичество:	-
	говое наименование и доз	ировка:
(нужное подчерк) (заполняется специалистом апт		
Рецепт действителен в течение <u>15</u>		
SOCIARI	CREATORYN «DOWN IS DEPENDED	
La far or some	DEHERTOR	
Подпись и печать лечащего врача подпись фельдшера, акушерки)	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	
Signa: по 1 мл внутримышечномедленно 4	раза в день	
D.t.d.№ 30 (тридцать) in amp. /		
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего Rp: Sol. Buprenorphini 0,3 mg/ml-1 ml	врача $\underline{\text{ЛАВРОВ Л.Л.}}$	
	паррор и и	
Номер медицинской карты пациента, получающе амбулаторных условиях 55/2014	го медицинскую помощь в	
медицинского страхования		1 1 1 1
N полиса обязательного 7 7 8 9 8 9 5 2	9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8	
рождения		
Дата 0 2 1 1 1 9 4 6 ^{СНИ}	пс 116-032	- 0 1
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента	ИВАНОВ И.И.	
РЕЦЕПТ Серия <u>679RT N 12992533</u> Дата с	формления [2 0]	
	2806	2 0 2 4
9 2 5 С 7 6 Федерации 3) муниципальный	бюджет	
0 2 5		
категории нозологической финансирования (
ФО <u>1</u> Код Код Источник	ома N 148-1/у-04 (л) 8 оплаты	(подчеркнуть
1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7	формы по ОКУД 3108805	
кодул. Гене <u>рапа Симон</u> яка, дом 6		
"Городская поликлиника № 88"		
учреждение здравоохранения	от 24 ноября 2021 г. N	1094н
оссийской Федерации государственное бюджетное	Российской Федераци	IN
инистерство здравоохранения	Утверждена приказом Министерства здрав	202222222

На 1 прием

ед.

инистерство здравоохранения		Ут приказом Министе	верждена Роства зправоо	тинениа
оссийской Федерании Городское государственное бюджетное		Российс	кой Федерации	-
учреждение здравоохранени		от 24 ноябр	я 2021 г. N 10)94н
"Городская поликлиника № 8	8"			
003003 Город Городской				
код ул. Генерала Симоняка, дом	6			
1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7	T KOT	формы по ОКУД	3108805	
1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7		_		
	Фор	ма N 148-1/у-0)4 (л)	
)ЧНИК		% оплаты (п	
_	янсирования (і едеральный бі	одчеркнуть):	1) Бесплатно 2) 50%	 -
2) бк	_	га Российской	3) иной	
	ерации	<i>5</i>		
3) My	иниципальный	оюджет		
		. 2	8 0 6	2 0 2 4
РЕЦЕПТ Серия <u>679RT N 12992</u>	<u>2533</u> Дата о	формления		_ " _ .
Фамилия, инициалы имени и отчест	ва пациента	ИВАНОВ И.В	<u>•</u>	
Дата 0 2 1 1 1 1	9 4 6 СНИЈ	1 1 6	- 0 3 2 -	0 1
рождения	<u> </u>			0 1
N полиса обязательного				
медицинского страхования 778	9 8 9 5 2 9	9 4 5 9 1 0 9	0 3 8 8	
Номер медицинской карты пациента амбулаторных условиях55/2014_	а, получающе	го медицинскую	помощь в	
Фамилия, инициалы имени и отчест	гва лечашего	врача ЛАВРОВ	л.л.	
Rp: Tabl. Trimeperidini 25 mg			<u> </u>	
D.t.d.№ 20 (двадцать)	() () () () () () () () () () () () () (
Signa: по 1 табл. 3 раза в,		RUD		
Подпись и печать лечащего врача		DEHERTOR		
подпись фельдшера, акушерки) 🦯	THE OF THE PARTY O	OBAN *DOWNE R VICENALS	PA)	
	Special Specia	House in the and thirt of Heart III the	1	
		<u>дней,</u> 30 дней, 90 дв	ней	
(нужное подчерк	нуть)		
(заполняется спеці	иалистом апт	ечной организа	ации)	
		-		
Отпущено по рецепту:	Торз	овое наименов	ание и дозир	овка:
Дата отпуска: « » 2	20 г. Колі	14ectbo:		
Приготовил:		верил:	Отпусл	гил:
· (:				
Корешок рецептурного бланка		Способ примен		
		Продолжитель		дней
Наименование лекарственного	препарата	Количество г	риемов	pas

На 1 прием_

ед.

Утверждена

Министерство здра**гоохран**ения Российской **Фенерацииное бюджетное** учреждение здравоохранения

Корешок рецептурного бланка

Дозировка

Наименование лекарственного препарата

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

Код	" 1 оро оп ул. Го	0 <mark>39</mark> 03			ррдсь	сой	№ 88 ′′ дом 6											
1 0 9	9 7	8	9 8	9	8 9	7		_	Код	рормы і	по ОКУ	⁄Д 3	1088	305				
									Форм	a N 14	18-1/y	-04	(л)					
кате:	Код Код Источник % оплаты (подчеркнут раждан формы 1) Федеральный бюджет субъекта Российской 3) иной								НУТЬ									
-	РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 4 Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.								4									
Дата рожден	ния	0	2	1	1 1		1 9	4 6	СНИЛ	C	1 1	6 -	0	3 2	- 0	1		
	N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8																	
Номер амбула				_			иента , 2014_	полу	чающег	о меди	цинску	ую п	OMOL	ць в				_
Rp: Mo	orphini .t.d.M igna: сь и г	30 m № 30 по	g) (трі 1 та	идца абл	ать) • 2	in pas	tabl. a в/c	утки	ащего ме <u>15</u>									
							(нужно	е подч	эркнут	ь)							
	щено г					СЯ	специа	алисто	м апте Торг	чнои с	_							
 Дата	отпус	 ска:	<u>-</u>	>	»		20) г.	Коли	чество	:							
Приго	ото□иј	1:							Пров	ерил:				Отп	усти	1Л:		

Способ применения: Продолжительность

На 1 прием_

Количество приемов

pas

ед.

Министерство здравоохранения Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации государственное бюджетное Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" Код няка, дом 6 Код формы по ОКУД 3108805 Форма N 148-1/y-04 (л) Код Источник % оплаты (подчеркнуть): Кол категории нозологической финансирования (подчеркнуть): 1) Бесплатно 1) Федеральный бюджет 2)50% граждан формы 2) бюджет субъекта Российской 3) иной 2 8 Федерации 3)муниципальный бюджет 2 0 2 Серия 679RT N 12992533 Дата оформления Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ N.W. СНИЛС Пата 2 1 9 6 0 3 2 0 1 рождения N полиса обязательного 7 8 медицинского страхования Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014 Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л. Rp: Pregabalini 75 mg D.t.d.Nº 30 in caps. Signa: по 1 капс. 2 раза в сутки Подпись и печать лечащего врач подпись фельдшера, акушерки) СЯНАТОРИЙ «ДОМИК В ДЕРЕВНЕ» Рецепт действителен вотечение дней, 30 дней, подчеркнуть) ----- (заполняется специалистом аптечной организации) ------Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка: Дата отпуска: « » **20 г**. Количество: Приготовил: Проверил: Отпустил: Корешок рецептурного бланка Способ применения: дней Продолжительность Наименование лекарственного препарата Количество приемов раз

На 1 прием

ед.

Утверждена Министерство здравоохранения Российской Федерации государственное бюджетное приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" Код оняка, дом 6 7 8 9 8 Код формы по ОКУД 3108805 9 9 8 9 0 Форма N 148-1/y-04 (л) Источник % оплаты (подчеркнуть): Код Код категории нозологической финансирования (подчеркнуть): 1) Бесплатно 1) Федеральный бюджет 2)50% граждан формы 2) бюджет субъекта Российской 3) иной 6 Федерации 3) муниципальный бюджет 0 6 2 0 2 8 Серия 679RT N 12992533 Дата оформления РЕЦЕПТ Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И. Дата СНИЛС 2 1 1 9 0 3 0 4 6 0 рождения N полиса обязательного 8 медицинского страхования Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях ___55/2014 Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л. Rp: STT Phentanyli 75 Mkg/4ac D.t.d.№ 5(пять)in plast Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа Подпись и печать лечащего врада подпись фельдшера, акушерки) Рецепт действителен в течение дней (нужное подч -----(заполняется специалистом ап фино Торговое наименование и дозировка: Отпущено по рецепту: Количество: 20 г. Дата отпуска: « » Проверил: Приготовил: Отпустил: Корешок рецептурного бланка_ Способ применения: Продолжительность дней Наименование лекарственного препарата Количество приемов раз

На 1 прием

ед.

Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" обзооз Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ

Серия

2 3 4 N

1

9 9 8 7

«28»____06____2024 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества <u>ЛАВРОВ Л.Л.</u>

Руб. Коп. Rp: STT Phentanyli 75 мкg/час

D.t.d.№ 5(пять) in plast

Signa: наружно в течение 15 дней по 1 пластырю на 72 часа

Подпись и личная печать врача

(подпись фельдшера, акушерки)

Table Holden



Российской Федерации кое государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" оозооз Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ	Серия	1	2	3	4	N	9	9	8	7	6	
--------	-------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

«<u>28</u>»<u>06</u>2024 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента __55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача <u>ЛАВРОВ Л.Л.</u>

Руб. Коп. Rp: Pregabalini 75 mg

D.t.d.№ 30 in caps.

Signa. по 1 капс. 2 раза в день

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)





М.П.

Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" 003003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

	РЕЦЕГ	IT	Серия	1 2 3 4	N 9	9 8	7 6 5		
							« <u>28</u> »	06	2024 г.
							(дата оф	ормлени	ия рецепта)
		(<u>B</u>	зрослый, детский	й – нужное подч	еркнут	ь)			
Фамил	ия, инициал	ы имени и о	тчества пациента	а ИВАНОВ	<u>И.И.</u>				
Дата р	ождения 0	2.11.1946							
Адрес	или Номер м	медицинской	й карты амбулатс	рного пациента	55/1	<u>14</u>			
Фамил	ия, инициал	ы имени и о	тчества лечащего	о врача <u>ЛАВІ</u>	РОВ Л	<u>Л.</u>		_	
Руб.	Коп.	Rp:	Bromdihydro	chlorphenyl	benzo	diaze	pini 1 m	ng	
			D.t.d № 50	in tabl.					
			Signa. по	1 табл. 3 ра	аза в	СУТК	И		

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)





Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" 003003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ	Серия	1 2 3 4 N	9 9 8 7	6 5		
				« <u>28</u> »	06	2024 I
				(дата офо	рмления	рецепта
	(взрослый, детский	– нужное подчер	кнуть)			
Фамилия, инициалы име	ени и отчества пациента	ИВАНОВ	<u>И.И.</u>			
Дата рождения 02.11.20	007					
Адрес или Номер медиц	инской карты амбулатор	рного пациента	55/14			
Фамилия, инициалы име	ени и отчества лечащего	врача <u>ЛАВРО</u>	В Л,Л.			
Руб. Коп.	•	arbitali 50 m № 20 in tabl.	=			

Signa. по 1 табл.на ночь

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)





Российской Федерации государственное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" 003003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код формы по ОКУД 3108805 Медицинская документация Форма N 148-1/у-88, утвержденная приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 ноября 2021 г. N 1094н

РЕЦЕПТ	Серия	1 2 3 4 N	9 9 8 7	6 5		
				« <u>28</u> »	06	_2024 г.
				(дата офо	рмления	рецепта)
	(<u>взрослый,</u> детский	– нужное подчері	кнуть)			
Фамилия, инициалы им	ени и отчества пациента_	ИВАНОВ	<u>И.И.</u>			
Дата рождения 02.11.1	946					
Адрес или Номер медиг	цинской карты амбулатор	ного пациента <u>5</u> 5	5/14_			
Фамилия, инициалы им	ени и отчества лечащего	врача <u>ЛАВРОВ .</u>	<u> І.Л.</u>		-	
Руб. Коп.	Rp: Tabl.Benzoba	arbitali 100	mg			
	D.t.d № 20					

Signa. по 1 табл. 3 раза в день после еды

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)





Утверждена Министерство здравоохранения Российской Федерации приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации государственное бюджетное от 24 ноября 2021 г. N 1094н учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" 1003003 Город Городской Кул. Генерала Симоняка, дом 6 9 9 9 8 9 8 0 8 9 Код формы по ОКУД 3108805 Форма N 148-1/y-04 (л) Источник % оплаты (подчеркнуть): Код Код нозологической 1) Бесплатно категории финансирования 2)50% граждан мадоф (подчеркнуть): 3) иной 1) Федеральный бюджет 8 2)бюджет субъекта Российской Федерации 3)муниципальный бюджет 2 8 6 Серия 679RT N 12992533 Дата оформления РЕЦЕПТ Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И. Дата СНИЛС рождения N полиса обязательного 8 медицинского страхования Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях __55/2014 Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л. Rp. Phenobarbitali 50 mg D.t.d. N 20 in tabl. Signa: по 1 табл. на ночь Подпись и печать лечащего врача (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: Корешок рецептурного бланка Способ применения: Продолжительность Наименование лекарственного препарата Количество приемов pas

На 1 прием

ед.

Утверждена Министерство здравоохранения приказом Министерства здравоохранения Российской федерации Российской федерации государственное бюджетное от 24 ноября 2021 г. N 1094н учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 88" *003003 Город Городской ^Кўл. Генер<u>ала Симоня</u>ка, дом 6 9 9 9 8 9 8 0 8 9 Код формы по ОКУД 3108805 Форма N 148-1/y-04 (л) Источник % оплаты (подчеркнуть): Код Код 1) Бесплатно категории нозологической финансирования 2)50% граждан мадоф (подчеркнуть): 3) иной 1) Федеральный бюджет 8 2 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет 2 8 6 Серия 679RT N 12992533 Дата оформления РЕЦЕПТ Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И. Дата СНИЛС рождения N полиса обязательного 8 медицинского страхования Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях __55/2014 Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л. Rp. Tabl. Benzobarbitali 100 mg D.t.d. N 20 Signa: по 1 табл. 3 раза в день после еды Подпись и печать лечащего врача (подпись фельдшера, акушерки) Рецепт действителен в течение добржней, 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: Корешок рецептурного бланка Способ применения: Продолжительность дней Наименование лекарственного препарата Количество приемов pas

На 1 прием

ед.

Министерство здравоохранения Российской Федерационововой федерационное бюджетное учреждение здравоохранения "Городская поликлиника № 8 (03003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом	8"
1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7	Код формы по ОКУД 3108805
	Форма N 148-1/y-04 (л)
граждан формы 1) ф 0 2 0 F 3 3 Феде	чник нсирования (подчеркнуть): едеральный бюджет юджет субъекта Российской рации униципальный бюджет
РЕЦЕПТ Серия 679RT N 129925 Фамилия, инициалы имени и отчест	
Дата 0 2 1 1 1 9	1 1 6 - 0 3 2 - 0 1
N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8	9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8
Номер медицинской карты пациента амбулаторных условиях <u>55/2014</u>	, получающего медицинскую помощь в
Фамилия, инициалы имени и отчест Rp: Bromdihydrochlorphenylbenzod D.t.d.№ 50 in tabl. Signa: по 1 табл. 3 раза в Подпись и печать лечащего врача подпись фельдшера, акушержи)	iazepini 1 mg
	течение <u>15 дней</u> , 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)
(заполняется специ	алистом аптечной организации)
Отпущено по рецепту:	Торговое наименование и дозировка:
Дата отпуска: « <u>»</u> 2	0 г. Количество:
Приготовил:	Проверил: Отпустил:
Корешок рецептурного бланка	иния отрыва) Способ применения: Продолжительность дней

Количество приемов

На 1 прием

раз

ед.

Наименование лекарственного препарата