|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | Код формы по ОКУД  Код учреждения по ОКПО |
|  | Медицинская документация |
| Наименование (штамп)  медицинской организации  Наименование (штамп)  индивидуального предпринимателя  (указать адрес, номер и дату лицензии,  наименование органа государственной власти,  выдавшего лицензию) | **Форма № 107-1/у**  Утверждена приказом  Министерства здравоохранения  Российской Федерации  от 24 ноября 2021 г. № 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 действует в течение 60 дней, до 1 года | ( |  | ) |
| (нужное подчеркнуть) |  | (указать количество дней) |  |

|  |
| --- |
| Отметка о назначении лекарственного  препарата по решению врачебной комиссии |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Приготовил | Проверил | Отпустил |
|  |  |  |