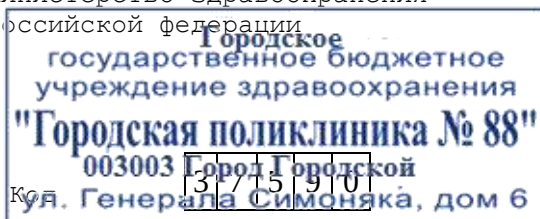


Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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

1	0	9	9	7	8	9	8	9	8	9	7		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

Код формы по ОКУД 3108805
Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Дата рождения

0	2	1	1	1	9	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---

 СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. **Tabl. Zopicloni 7,5 mg**
D.t.d. N 20
Signa: по 1/2 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:

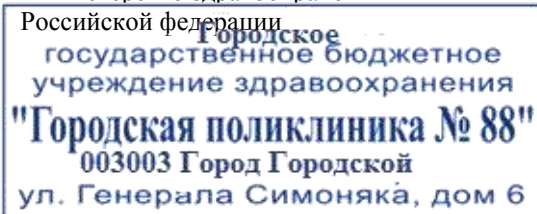
Дата отпуска: « _____ » 20 г. Количество:

Приготовил: _____ Проверил: _____ Отпустил: _____

----- (линия отрыва) -----	
Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 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 ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: **Tabl. Zopicloni 7,5 mg**
D.t.d N 20

Signa: 1/2 таб. на ночь

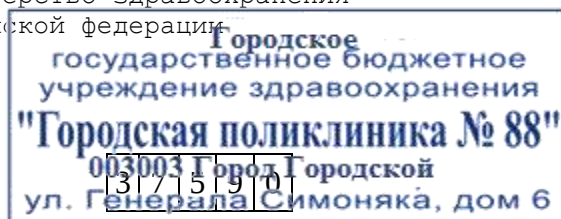
Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код

1	0	9	9	7	8	9	8	9	8	9	7		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 3 0	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Дата рождения

0	2	1	1	1	9	8	0
---	---	---	---	---	---	---	---

 СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Oxazepam 10 mg

D.t.d. № 50

Signa: по 1 табл. 3 раза в день

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:

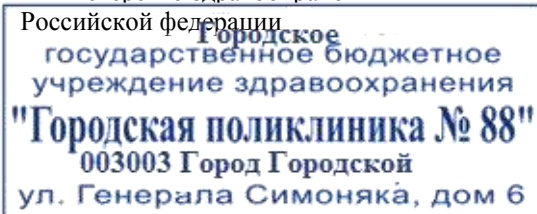
Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.1980

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Oxazepam 10 mg

D.t.d № 50

Signa. по 1 табл. 3 раза в день

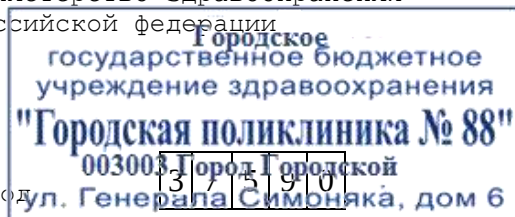
Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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

Код

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код
категории
граждан

Код
нозологической
формы

9 2 5

C 7 6

Источник
финансирования (подчеркнуть):
1) федеральный бюджет
2) бюджет субъекта Российской
Федерации
3) муниципальный бюджет

% оплаты (подчеркнуть):
1) Бесплатно
2) 50%
3) иной

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 5

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

Дата
рождения

0 2 1 1 1 9 4 6

СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

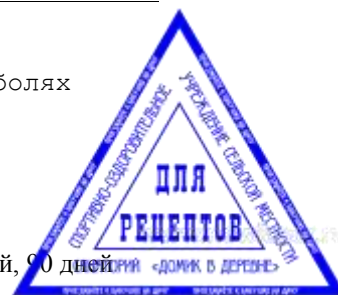
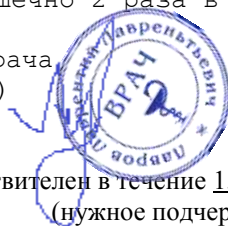
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Sol. Fentanylli 50 mcg/ml-1 ml

D.t.d. № 10 (десять) in amp.

Signa: по 1 мл внутримышечно 2 раза в день при болях

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:

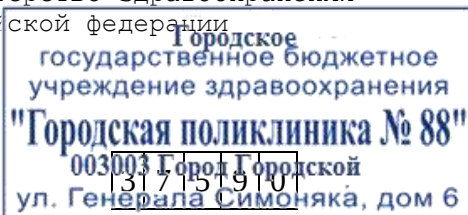
Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код

1	0	9	9	7	8	9	8	9	8	9	7		
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--

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

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2	8	0	6	2	0	2	5
---	---	---	---	---	---	---	---

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

Дата рождения

0	2	1	1	1	9	4	6
---	---	---	---	---	---	---	---

СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Trihexyphenidyli 2mg

D.t.d. № 20

Signa: по 1 табл. 2 раза в день

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:

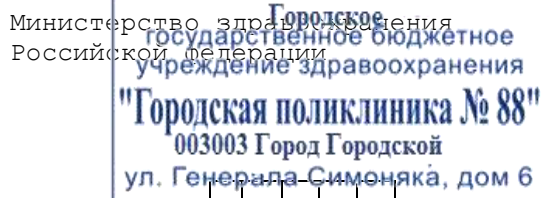
Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.



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

Код

3 7 5 9 0

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть) : 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) <u>бюджет субъекта Российской Федерации</u> 3) <u>муниципальный бюджет</u>	% оплаты (подчеркнуть) : 1) <u>Бесплатно</u> 2) <u>50%</u> 3) <u>иной</u>
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия **679RT** N **12992533** Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 5

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

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 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, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

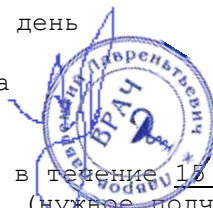
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tabl. Propionilphenyletoxyethylpiperidini 20 mg

D.t.d. № 20 (двадцать)

Signa: по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

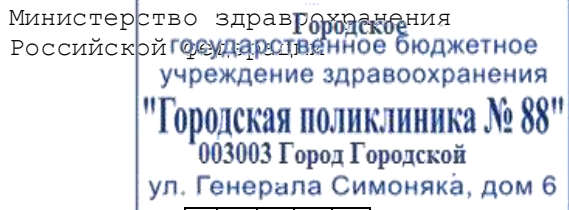
Отпущено по рецепту: Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.



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

Код

3 7 5 9 0

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть) : 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть) : 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 2 8 0 6 2 0 2 5
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Tapentadoli 100 mg

D.t.d. № 20 in tabl.

Signa: по 1 tabl. 4 раза в сутки

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течении 15 дней 30 дней 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

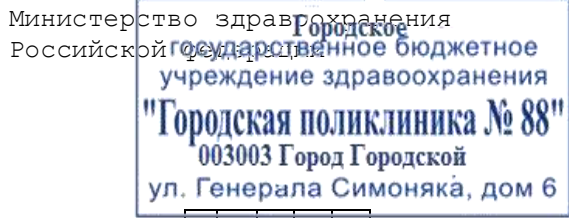
Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения : Продолжительность <u> </u> дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов <u> </u> раз
Дозировка	На 1 прием <u> </u> ед.



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

Код

3 7 5 9 0

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть) : 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) <u>бюджет субъекта Российской Федерации</u> 3) <u>муниципальный бюджет</u>	% оплаты (подчеркнуть) : 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
9 2 5	C 7 6		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2025
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

Дата рождения 02 11 1946 СНИЛС 116 - 032 - 01

N полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Naloxoni 2,5 mg
Oxycodoni 5 mg
D.t.d. № 20 in tabl.
Signa: По 1 табл. 2 раза в день

Подпись и печать лечащего врача
подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту: Топловое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г. Количество:

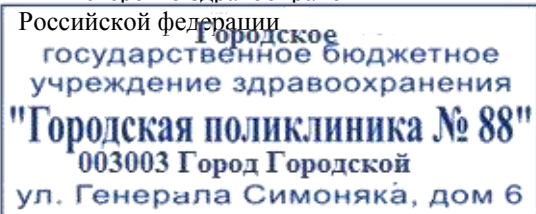
Приготовил: Проверил: Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.

Министерство здравоохранения

Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 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 ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Naloxoni 2,5 mg
Oxycodoni 5 mg
D.t.d. № 20 in tabl
Signa: По 1 табл. 2 раза в день

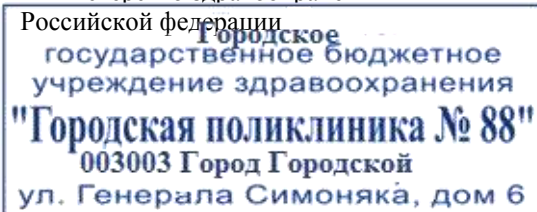
Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 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 ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tapentadoli 100 mg
D.t.d. № 20 in tabl.
Signa. по 1 tabl. 4 раза в день

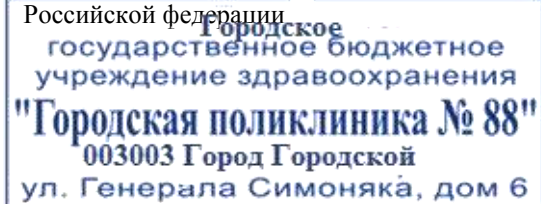
Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 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 ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Diazepam 5 mg

D.t.d № 10 in tabl.

Signa. по 1 табл. 2 раза в сутки

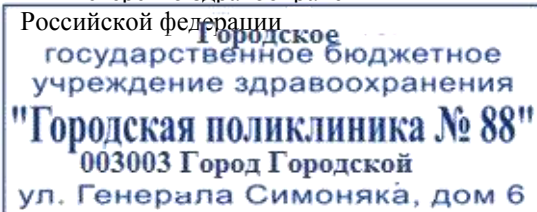
Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.2006

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

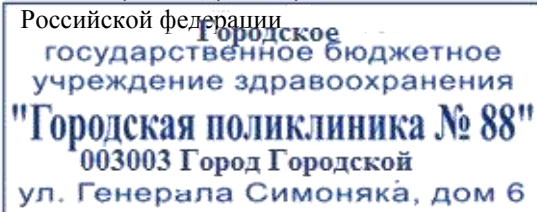
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Sol.Tropicamidi 1%-10 ml
D.t.d № 1 in flac.
Signa. по 2 кап.3 раза в день

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 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 ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Sol. Testosteroni 10 mg/ml-1ml

D.t.d № 10 in amp.

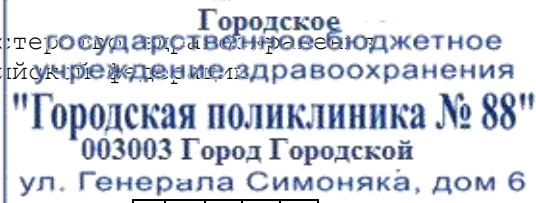
Signa. по 1 ml в/м 1 раз в день

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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

Код

3 7 5 9 0

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805
Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан
0 8 4

Код нозологической формы
F 2 9

Источник финансирования (подчеркнуть):
1) Федеральный бюджет
2) бюджет субъекта Российской Федерации
3) муниципальный бюджет

% оплаты (подчеркнуть):
1) Бесплатно
2) 50%
3) иной

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 5

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

Дата рождения

0 2 1 1 2 0 0 6

СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Sol.Tropicamidi 1%-10 ml

D.t.d. № 1 in flac

Signa: по 2 кап.3 раза в день

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:

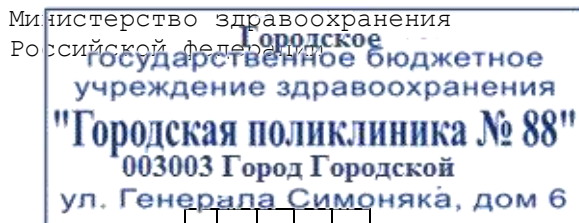
Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность <u> </u> дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов <u> </u> раз
Дозировка	На 1 прием <u> </u> ед.



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

Код

3 7 5 9 0

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) <u>Федеральный бюджет</u> 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) <u>Бесплатно</u> 2) 50% 3) иной
0 8 2	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 5

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

Дата

рождения

0 2 1 1 1 9 4 6

СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp. Sol. Testosteroni 10 mg/ml-1ml
D.t.d № 10 in amp.
Signa. по 1 ml в/м 1 раз в день

Подпись и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Рецепт действителен в течение 5 дней, 30 дней, 90 дней
(нужное подчеркнуть)

----- (заполняется специалистом аптечной организации) -----

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

Количество:

Приготовил:

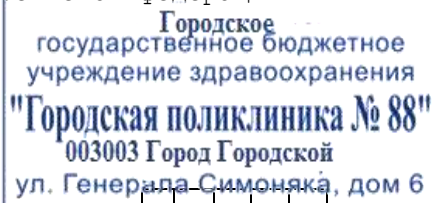
Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарат	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием _____ ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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

Код

3 7 5 9 0

1 0 9 9 7 8 9 8 9 8 9 7

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-04 (л)

Код
категории
граждан

0 2 0

Код
нозологической
формы

F 3 3

Источник
финансирования (подчеркнуть) :
1) Федеральный бюджет
2) бюджет субъекта Российской
Федерации
3) муниципальный бюджет

% оплаты (подчеркнуть) :

1) Бесплатно
2) 50%
3) иной

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 5

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

Дата
рождения

0 2 1 1 1 9 4 6

СНИЛС

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, получающего медицинскую помощь в
амбулаторных условиях 55/2014

Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Diazepam 5 mg

D.t.d. № 10 in tabl.

Signa: по 1 табл. 3 раза в сутки

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:

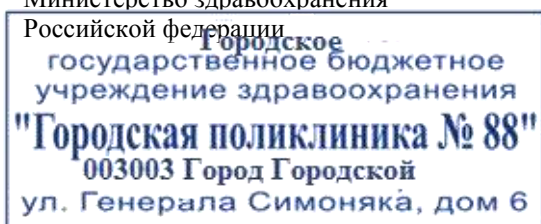
Проверил:

Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка	Способ применения:
Наименование лекарственного препарата	Продолжительность <u> </u> дней
Дозировка	Количество приемов <u> </u> раз
	На 1 прием <u> </u> ед.

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



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
---	---	---	---	---	---

«28» 06 2025 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 ЛАВРОВ Л.Л.

Руб. Коп. Rp: Tabl. Trihexyphenidylī 2 mg

D.t.d № 20

Signa: по 1 табл. 2 раза в день

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней