

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

**Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения**

**"Городская поликлиника № 88"**  
003003 Город Городской  
Код 13775910  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

**РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2025**

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.

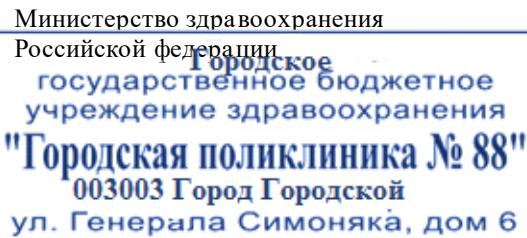
Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

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



Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утвержденная приказом  
Министерство 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 – нужно 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

**Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения**

**"Городская поликлиника № 88"**

003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

Код [3]715[9]80

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 новозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 3 0	G 4 0		

**РЕЦЕПТ      Серия 679RT N 12992533      Дата оформления 28 06 2025**

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

Номер 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.

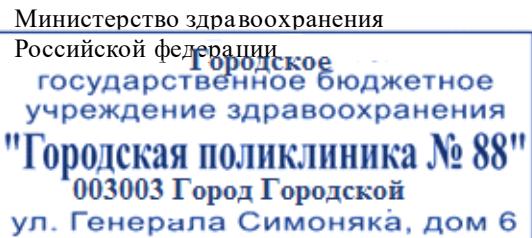
Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

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



Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утверждена приказом  
Министерство 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 – нужно 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

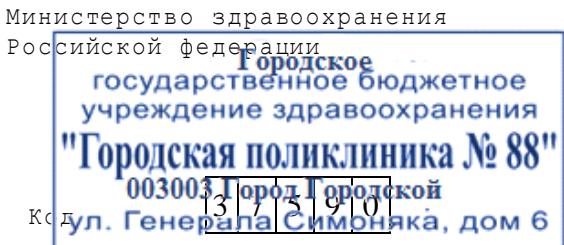
Signa. по 1 табл. 3 раза в день

Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней





1	0	9	9	7	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) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть) : 1) Бесплатно 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

Номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

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

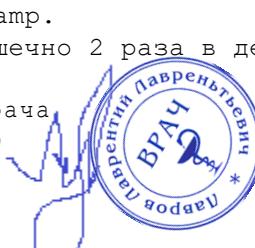
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

Rp: Sol. Fentanyl 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) -----

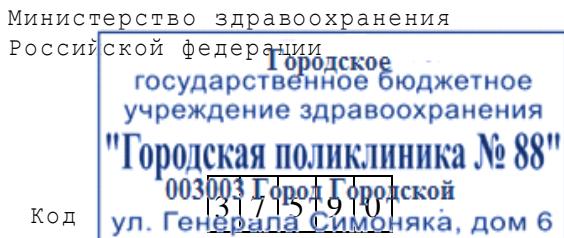
Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: <\_\_> 20 г. Количество:

Приготовил: Проверил: Отпустил:

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



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 новозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 2	F 2 9		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2025

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

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: Tabl. Trihexyphenidyl 2 mg

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: Продолжительность _ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _ раз
Дозировка	На 1 прием _ ед.

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

**Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения**

**"Городская поликлиника № 88"**

Код 03003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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 новозологической формы	Источник финансирования (подчеркнуть): 1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 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 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

Номер 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 Propionilphenyletoxyaethylpiperidini 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: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием ед.

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

**Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения**

**"Городская поликлиника № 88"**

003003 Город Городской  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) :	% оплаты (подчеркнуть) :
0 8 2	G 4 0	1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	1) Бесплатно 2) 50% 3) иной

**РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2025**  
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: Tapentadol 100 mg

D.t.d.Nº 20 in tabl.

Signa: по 1 tabl. 4 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:

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

Код	03003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6
<b>"Городская поликлиника № 88"</b> <b>Городское</b> <b>государственное бюджетное</b> <b>учреждение здравоохранения</b>	

Утвержден  
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/y-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 28 06 2025  
Фамилия, инициалы имени и отчества пациента ИВАНОВ И.И.

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

## Н 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: Naloxoni 2,5 mg

Oxycodoni 5 mg

D.t.d.Nº 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 с момента выдачи  
(нужное подчеркнуть)  
Санаторий «Домик в деревне»

----- (заполняется специалистом агентства по работе с персоналом).

Отпущено по рецепту:

Торговое наименование и дозировка:

Дата отпуска: « » 20 г.

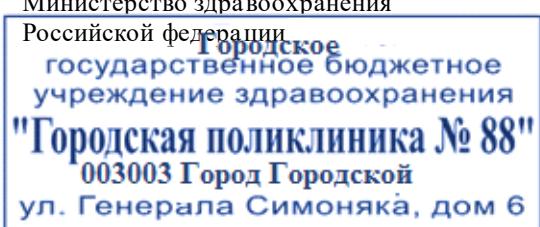
Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

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



Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утверждённая приказом  
Министерство 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 – нужно подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.1946

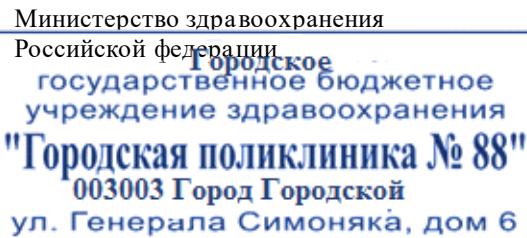
Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Фамилия, инициалы имени и отчества ЛАВРОВ Л.Л.

Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, аку



Срок действия 15 дней



Код формы по ОКУД 3108805  
Медицинская документация  
Форма N 148-1/у-88  
утверждена приказом  
Министерство 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 – нужно подчеркнуть)

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

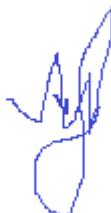
Дата рождения 02.11.1946

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

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

Руб.      Коп.      Rp :      Tapentadol 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  
**Городское**  
**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  
Министерство 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 – нужно подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.1926

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

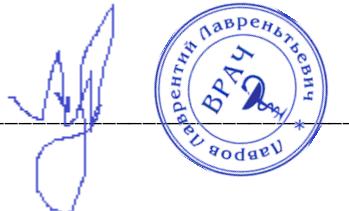
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

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

**Городское  
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  
утверждённая 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  
**Городское**  
**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  
Министерство 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 – нужно 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

**Городское  
государственное бюджетное  
учреждение здравоохранения**

**"Городская поликлиника № 88"**  
003003 Город Городской  
Код 13775910  
ул. Генерала Симоняка, дом 6

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) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
0 8 4	F 2 9		

**РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2025**

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.

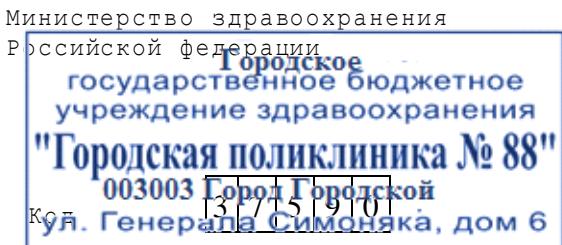
Количество:

Приготовил:

Проверил:

Отпустил:

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



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

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

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

Код категории граждан	Код новозологической формы
0 8 2	G 4 0

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

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

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

**РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления**

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

Номер 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 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.

<b>Городское государственное бюджетное учреждение здравоохранения</b> <b>"Городская поликлиника № 88"</b> 003003 Город Городской ул. Генерала Симоняка, дом 6 Код 375910
--

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

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) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет	% оплаты (подчеркнуть): 1) Бесплатно 2) 50% 3) иной
020	F33		

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

Дата рождения 02 11 1926 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: 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: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	Количество приемов _____ раз
Дозировка	На 1 прием ед.

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации  
**Городское**  
**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  
Министерство 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 – нужно 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. Trihexyphenidyl 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