

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Сименяка, дом 6

Код ОГРН 3 7 5 9 0



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
От 20 декабря 2012 г. N 1175н

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

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-06 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования:	% оплаты из источника финансирования:	Рецепт действителен в течение:
0 8 2	F 2 9	1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет (нужное подчеркнуть)	1) 100% 2) 50% (нужное подчеркнуть)	15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 от 2 7 0 6 2 0 1 8

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Дата рождения 0 2 1 1 1 9 4 6 СНИЛС 1 1 6 - 0 3 2 - 0 1

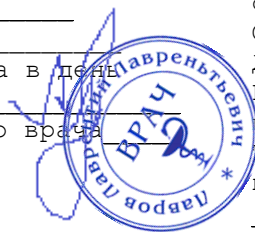
N полиса обязательного медицинского страхования 7 7 8 9 8 9 5 2 9 4 5 9 1 0 9 0 3 8 8

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

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Код лечащего врача 0 9 8

Выписано: Табл. Levomepromazini (заполняется специалистом аптечной организации)
 Дозировка 25 mg
 Количество единиц N 50
 Signa: по 1 табл. 2 раза в день
 Отпущено по рецепту:
 Дата отпуска
 Код лекарственного препарата
 Подпись лечащего врача и личная печать лечащего врача
 Торговое наименование



Количество _____
На общую сумму _____

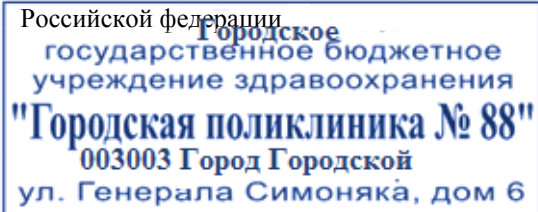
М. П.

----- (линия отрыва) -----

Корешок РЕЦЕПТА Серия _____ N _____ от _____ ИЮНЯ

Способ применения: _____
 Продолжительность: _____ Наименование лекарственного препарата: _____
 Количество приемов в день: _____
 На 1 прием _____ Дозировка: _____

Министерство здравоохранения
Российской Федерации



Код формы по ОКУД 3108805
Медицинская документация
Форма N 148-1/у-88
утвержденная приказом
Министерство здравоохранения
Российской Федерации
от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 71

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ
(полностью)

Руб. Коп. Rp: **Tabl. Levomepromazini 25 mg**

D.t.d N 50

Signa: 1 таб. 2 раза в день



Подпись и личная печать врача _____

М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Сименяка, дом 6



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
От 20 декабря 2012 г. N 1175н

Код ОГРН 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-06 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования:	% оплаты из источника финансирования:	Рецепт действителен в течение:
0 8 4	C 8 1	1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет (нужное подчеркнуть)	1) 100% 2) 50% (нужное подчеркнуть)	15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 от 2 7 0 6 2 0 1 8

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Дата рождения 0 2 1 1 2 0 0 3 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

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Код лечащего врача 0 9 8

Выписано: (заполняется специалистом аптечной организации)
 Rp: Tabl. Tramadoli Отпущено по рецепту:
 D.t.d. № 20 (двадцать) Дата отпуска _____
 Дозировка 50 mg Код лекарственного препарата _____
 Количество единиц N 1 упаковка Торговое наименование _____
 Signa: по 1 табл. 2 раза в день _____
 Подпись лечащего врача _____
 и личная печать лечащего врача _____



Количество _____
На общую сумму _____
М. П. _____

Серия _____ N _____ от _____ ИЮНЯ

Способ применения: _____
 Продолжительность: _____ Наименование лекарственного препарата: _____
 Количество приемов в день: _____ Дозировка: _____
 На 1 прием _____

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 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 14

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/2014

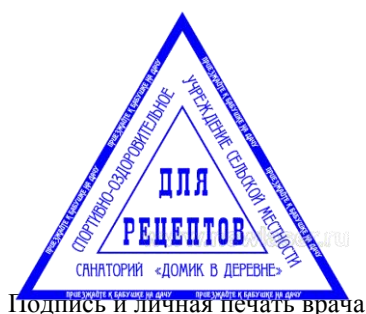
Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

(полностью)

Руб. Коп. Rp: Tabl. Tramadoli 50 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 2 раза в день



Подпись и личная печать врача



М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Сименяка, дом 6

Код ОГРН

3 7 5 9 0



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
От 20 декабря 2012 г. N 1175н

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

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-06 (л)

Код
категории
граждан

9 2 5

Код
нозологической
формы

C 7 6

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

% оплаты из
источника
финансирования:
1) 100%
2) 50%
(нужное
подчеркнуть)

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

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 от

2 7 0 6 2 0 1 8

Ф.И.О.
пациента

ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

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

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Код лечащего врача

0 9 8

Выписано:

Rp: Sol. Buprenorphini
D.t.d. № 30 (тридцать) in ampull
Дозировка 3mg/ml -1 ml
Количество единиц N 3 упаковки
Signa: по 1 мл внутримышечно медленно
4 раза в день
Подпись лечащего врача _____
и личная печать лечащего врача _____

(заполняется специалистом аптечной
организации)

Отпущено по рецепту:

Дата отпуска _____

Код лекарственного

препарата _____

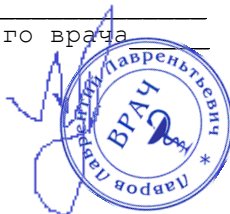
Торговое

наименование _____

Количество _____

На общую сумму _____

М. П.



(линия отрыва)

Корешок РЕЦЕПТА Серия _____

N _____

от _____

ИЮНЯ

Способ применения: _____

Продолжительность: _____

Количество приемов в день: _____

На 1 прием _____

Наименование лекарственного препарата: _____

Дозировка: _____

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Сименяка, дом 6



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
От 20 декабря 2012 г. N 1175н

Код ОГРН 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-06 (л)

Код
категории
граждан

9 2 5

Код
нозологической
формы

C 7 6

Источник финансирования: 1) Федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации 3) муниципальный бюджет (нужное подчеркнуть)	% оплаты из источника финансирования: 1) 100% 2) 50% (нужное подчеркнуть)	Рецепт действителен в течение 15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)
--	---	---

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 от

2 7 0 6 2 0 1 8

Ф.И.О.
пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

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

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Код лечащего врача

0 9 8

Выписано:

Rp: Tabl. Trimeperidini

D.t.d. № 20 (двадцать)

Дозировка 25 mg

Количество единиц N 1 упаковка

Signa: по 1 табл. 3 раза в день

Подпись лечащего врача

и личная печать лечащего врача

(заполняется специалистом аптечной
организации)

Отпущено по рецепту:

Дата отпуска

Код лекарственного

препарата

Торговое

наименование

Количество

На общую сумму

М. П.



(линия отрыва)

Серия _____ N _____ от _____ ИЮНЯ _____

Способ применения:

Продолжительность: _____

Количество приемов в день: _____

На 1 прием _____

Наименование лекарственного препарата: _____

Дозировка: _____

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Городское
государственное бюджетное
учреждение здравоохранения
"Городская поликлиника № 88"
003003 Город Городской
ул. Генерала Сименяка, дом 6

Код ОГРН 3 7 5 9 0



Утверждена
приказом Министерства здравоохранения
Российской Федерации
От 20 декабря 2012 г. N 1175н

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

Код формы по ОКУД 3108805

Форма N 148-1/у-06 (л)

Код категории граждан	Код нозологической формы	Источник финансирования:	% оплаты из источника финансирования:	Рецепт действителен в течение:
9 2 5	C 7 6	1) Федеральный бюджет Российской Федерации 2) бюджет субъекта 3) муниципальный бюджет (нужное подчеркнуть)	1) 100% 2) 50% (нужное подчеркнуть)	15 дней, 30 дней, 90 дней (нужное подчеркнуть)

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 от 2 7 0 6 2 0 1 8

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

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

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Код лечащего врача 0 9 8

Выписано:

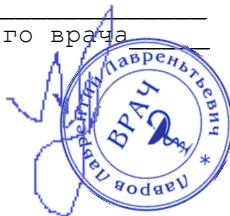
Rp:
Propionilphenyletoxyethylpiperidini
D.t.d.№ 20 (двадцать) in tabl
Дозировка 20 мг
Количество единиц N 1 упаковка
Signa: по 1 табл. 3 раза в день
Подпись лечащего врача
и личная печать лечащего врача

(заполняется специалистом аптечной организации)

Отпущено по рецепту:
Дата отпуска
Код лекарственного препарата
Торговое наименование

Количество
На общую сумму

М.П.



(линия отрыва)

Корешок РЕЦЕПТА Серия N от ИЮНЯ

Способ применения:
Продолжительность:
Количество приемов в день:
На 1 прием
Наименование лекарственного препарата:
Дозировка:

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 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 71

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

(полностью)

Руб. Коп. Rp: Tabl. Tramadoli 100 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 2 раза в день



Подпись и личная печать врача _____

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 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 71

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

(полностью)

Руб. Коп. Rp: Tabl. Benzobarbitali 100 mg

D. t. d № 20

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



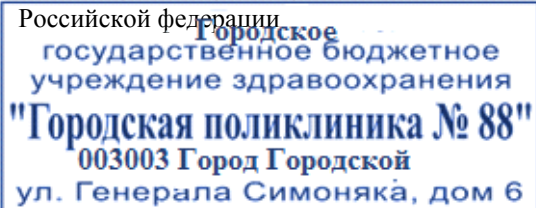
Подпись и личная печать врача _____

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 71

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

(полностью)

Руб. Коп. Rp: Tabl. Diazepamі 5 mg

D.t.d № 20

Signa. по 1 табл. 3 раза в день



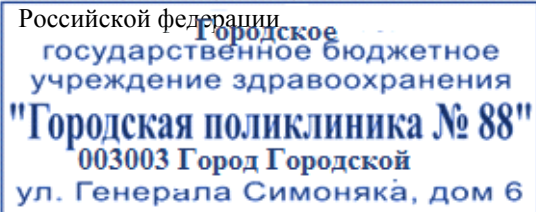
Подпись и личная печать врача _____

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

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1	2	3	4
---	---	---	---

 N

9	9	8	7	6	5
---	---	---	---	---	---

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 71

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

(полностью)

Руб. Коп. Rp: Codeini phosphatis hemihydras 10 mg
Coffeini 50 mg
Metamizoli natrii 150 mg
Paracetamoli 300 mg
Phenobarbitali 15 mg

D.t.d № 40 in tabl.

Signa. по 1 табл. 2-3 раза в день



Подпись и личная печать врача _____

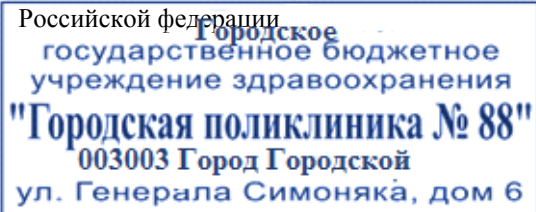


М.П.

Срок действия 15 дней

Министерство здравоохранения

Российской Федерации



Код формы по ОКУД 3108805

Медицинская документация

Форма N 148-1/у-88

утвержденная приказом

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

от 20 декабря 2012 г. N 1175н

РЕЦЕПТ

Серия

1 2 3 4 N 9 9 8 7 6 5

«27» 06 2018 г.

(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 71

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

Ф.И.О. лечащего врача ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

(полностью)

Руб. Коп. Rp: Tropicamidi 0,5% -10 мл

D.S. По 2 капли в каждый глаз



Подпись и личная печать врача



М.П.

Срок действия 15 дней