

Министерство здравоохранения

Российской Федерации

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

Код формы по ОКУД

Медицинская документация

Форма N 107/У-НП,

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 выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 78

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

Rp: Tabl. Propionilphenyletoxyethylpiperidini 20 mg

D.t.d. N 20 (двадцать)

Signa: По 1 табл. 3 раза в день

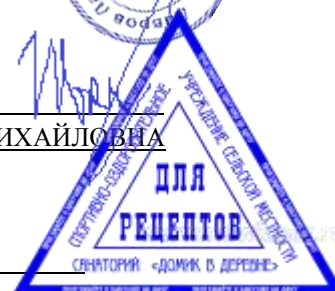
Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки)



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации

ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



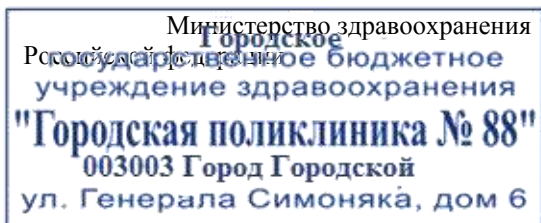
М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации

М.П.

Срок действия 15 дней



Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107\У-НП,
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 выписки рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

Ф.И.О. пациента ИВАНОВ ИВАН ИВАНОВИЧ

Возраст 78

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования 7789895294591090388

Номер медицинской карты 55/2014

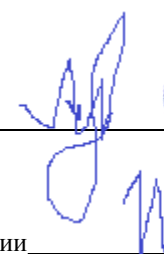
Ф.И.О. врача

(фельдшера, акушерки) ЛАВРОВ ЛАВРЕНТИЙ ЛАВРЕНТЬЕВИЧ

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

D.t.d. N 10 (десять) in amp.

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

Подпись и личная печать врача (подпись фельдшера, акушерки) 



М.П.

Ф.И.О. и подпись уполномоченного лица медицинской организации ИВАНОВА МАРИЯ МИХАЙЛОВНА



М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске _____

Ф.И.О. и подпись работника аптечной организации _____

М.П.

Срок действия 15 дней