

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 6

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

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  
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 2026 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

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	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	6
---	---	---	---	---	---	---	---

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 _____ дней
Дозировка	Количество приемов _____ раз
	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  
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 2026 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. Oxazepamі 10 mg

D.t.d № 50

Signa. по 1 табл. 3 раза в день

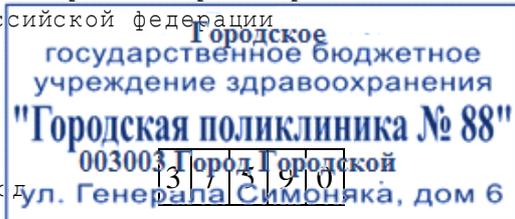
Подпись и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



Срок действия 15 дней



Министерство здравоохранения  
Российской Федерации



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

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) <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 2 8 0 6 2 0 2 6

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:

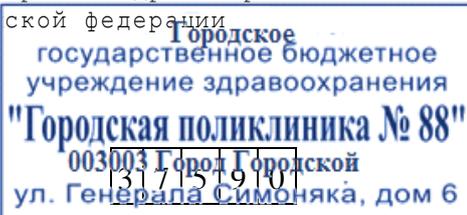
Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

Корешок рецептурного бланка _____	Способ применения: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	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

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) 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 2 8 0 6 2 0 2 6

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

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	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 2026  
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: 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: Продолжительность _____ дней
Наименование лекарственного препарата	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

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

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 28 06 2026  
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: Tapentadoli 100mg

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 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

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

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

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
9 2 5	C 7 6		

**РЕЦЕПТ** Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2026  
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  
(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  
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 2026 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

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  
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 2026 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: Таpentadol<sub>1</sub> 100 mg  
D.t.d.№ 20 in tabl.  
Signa. по 1 tabl. 4 раза в день

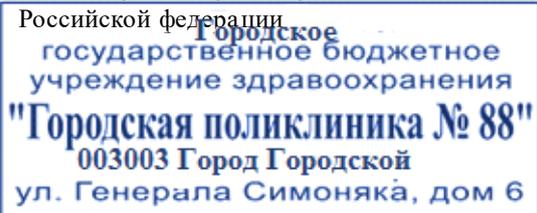
Подпись и личная печать врача  
(подпись фельдшера, акушерки)



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 2026 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.1926

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

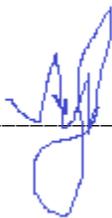
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

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  
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 2026 г.

(дата оформления рецепта)

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

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

Дата рождения 02.11.2010

Адрес или Номер медицинской карты амбулаторного пациента 55/14

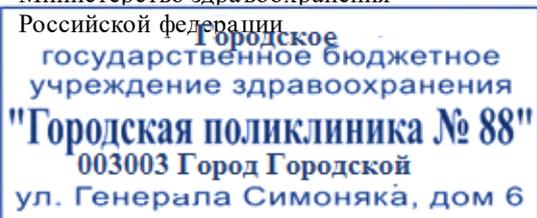
Фамилия, инициалы имени и отчества лечащего врача ЛАВРОВ Л.Л.

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 2026 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

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 4	F 2 9		

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

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

Дата рождения 0 2 1 1 2 0 1 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. 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.

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	G 4 0		

РЕЦЕПТ Серия 679RT N 12992533 Дата оформления

2 8 0 6 2 0 2 6

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 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:

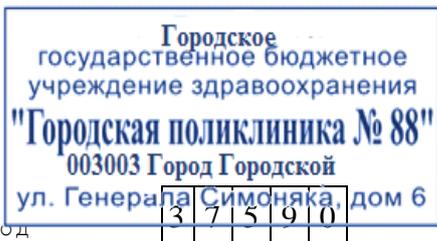
Отпустил:

----- (линия отрыва) -----

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

Министерство здравоохранения  
Российской Федерации

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 2 0	F 3 3		

**РЕЦЕПТ** Серия 679RT N 12992533 Дата оформления 28 06 2026  
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.

