|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Республики Беларусь  УЗ "19-я городская детская поликлиника" г. Минск, пр. Независимости, д. 119 пом. 1 | | Медицинская документация Форма 1  Утверждена Министерством здравоохранения Республики Беларусь  УНП организации здравоохранения или ИП № 190497434 | |
| **РЕЦЕПТ**  **ВРАЧА**  **№ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | Дата выписки рецепта врача  **{{date}}**  Рецепт врача действителен с  **{{date}}** | |
| Фамилия, инициалы пациента | | | **{{name\_short}}** |
| Дата рождения | | | **{{birth\_date}}** |
| Фамилия, инициалы врача  (иного медицинского работника) | | | **{{doc\_name}}** |
| Rp.: | {{rp}} | | |
| Rp.: |  | | |
| Rp.: | Подпись врача (иного медицинского работника)  Личная печать врача (иного медицинского работника) | | |
| Настоящий рецепт действителен в течение ~~30 дней~~ 60 дней  (ненужное зачеркнуть) | | | |