|  |  |
| --- | --- |
| Министерство здравоохранения  Российской Федерации | Код формы по ОКУД  Код учреждения по ОКНО |

МЕДИЦИНСКАЯ ДОКУМЕНТАЦИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| [Наименование (штамп) медицинской организации]  [Наименование (штамп) индивидуального предпринимателя (указать адрес, номер и дату лицензии, наименование органа государственной власти, выдавшего лицензию)] | Форма №107-1/у  Утверждена приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации  от 24 ноября 2021 г. №1094н |

серия

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский – нужное подчеркнуть)

«[дата]» [месяц] 20[год] г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии) пациента

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее – при наличии) лечащего врача (фельдшера, акушерки) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

руб. | коп. | Rp.

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

……………………………………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| Подпись  и печать лечащего врача  (подпись фельдшера, акушерки) | М.П. |

Рецепт действителен в течение 60 дней, 1 года (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

(нужное подчеркнуть) (указать количество месяцев)