**ОТРЫВНОЙ КОРЕШОК**

Фамилия, инициалы пациентаЯсонов Андрей Александрович

Место жительства (место

пребывания) пациентаул могилевская дю14

Фамилия, инициалы врачаПетров Петр Петрович

Код(полностью) номер

Организации здравоохранения35566

Наименование лекарственных средств (доза,

количество) или перевязочного материала (количество)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сумма к оплате  организацией здравоохранения | Бесплатно  ------- | | Оплата 10% | Оплата 50% |
| *Реализовал(подпись)* | | *Получил (подпись)* | | | |
| *Фамилия*  *Инициалы* | | *Фамилия*  *Инициалы* | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Министерство  Здравоохранения  Республики Беларусь  Штамп организации  здравоохранения | **СЕРИЯ**  Медицинская документация  Код (полностью), номер организации здравоохранения |

РЕЦЕПТ ВРАЧА 2014г

(дата выписки рецепта)

Рецепт действителен с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2014г

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Бесплатно------- | Оплата 10% | Оплата 50% |

Фамилия, Инициалы пациента

его возраст (полностью)Ясонов Андрей Александрович

Номер и дата выдачи документа

(документов) подтверждающих льготу

Место жительства (место

пребывания) пациентаул могилевская дю14

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

Фамилия, инициалы врачаПетров Петр Петрович

|  |  |
| --- | --- |
| Стоимость  лекарственного средства  или перевязочного материала рублей | Rp: |

Наименование лекарственного средства (доза, количество)

Или перевязочного материала (количество)

Подпись и личная

Печать врача

Рецепт действителен в течение 5 дней, 30 дней, 2 месяцев (ненужное зачеркнуть)