**ОТРЫВНОЙ КОРЕШОК**

Фамилия, инициалы пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства (место

пребывания) пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Код(полностью) номер

Организации здравоохранения \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_г

(дата выписки рецепта)

Рецепт действителен с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_г

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

Фамилия, Инициалы пациента

его возраст (полностью) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Номер и дата выдачи документа

(документов) подтверждающих льготу \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства (место

пребывания) пациента \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Фамилия, инициалы врача \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Наименование лекарственного средства (доза, количество)

Или перевязочного материала (количество)

Подпись и личная

Печать врача