**ОТРЫВНОЙ КОРЕШОК**

Фамилия, инициалы пациента Янченко Татьяна Александровна

Место жительства (место

пребывания) пациента \_г.Гомель ул.Свиридова д.37 кв.88

Фамилия, инициалы врача Демидова А.Н.

Код(полностью) номер

Организации здравоохранения 001

Наименование лекарственных средств (доза,

количество) или перевязочного материала (количество) Enalaprili Gtt.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Сумма к оплате  организацией здравоохранения | Бесплатно | | Оплата 10%  X | 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  001 |

РЕЦЕПТ ВРАЧА 20 Октябрь 2014г

(дата выписки рецепта)

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

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

Фамилия, Инициалы пациента

его возраст (полностью) Янченко Татьяна Александровна 1948г.р.

Номер и дата выдачи документа

(документов) подтверждающих льготу удостоверение инвалида 2 группы №019892 от 09.03.2014

Место жительства (место

пребывания) пациента \_г.Гомель ул.Свиридова д.37 кв.88\_

Фамилия, инициалы врача Демидова А.Н.\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Стоимость  лекарственного средства  или перевязочного материала рублей | Rp: Enalaprili Gtt. 150мг №60 (шестьдесят) |
| dtd: in tab. |
| S: Внутрь по \_5\_ табл. \_5\_ раз в день. |

Наименование лекарственного средства (доза, количество)

Или перевязочного материала (количество)

Подпись и личная

Печать врача