

Бланк 107-1/у

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Код учреждения по ОКПО

Медицинская документация

Наименование (штамп)
медицинской организации

Форма № 107-1/у
Утверждено Приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. № 1094н

Наименование (штамп)
медицинской организации

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

«_____» _____ 20____ 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.

Sibutramine + Cellulose microcrystalline mg

Тонгинал Плюс

D.t.d.: caps №

S.: по 1 капс. 6 дней (упром)

Подпись и печать
лечащего врача,
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть)

(указать количество дней)

