

*Приложение N 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н*

ФОРМА СПЕЦИАЛЬНОГО РЕЦЕПТУРНОГО БЛАНКА N 107/У-НП

Министерство здравоохранения
Российской Федерации

Код формы по ОКУД
Медицинская документация
Форма N 107/у-НП,
утвержденная приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24.11.2021 N 1094н

штамп медицинской организации

РЕЦЕПТ

Серия

--	--	--	--

 N

--	--	--	--	--	--

"___" _____ 20__ г.
(дата выписки рецепта)

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
пациента _____

Возраст _____

Серия и номер полиса обязательного медицинского страхования _____

Номер медицинской карты _____

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) _____

Rp:

Подпись и личная печать врача
(подпись фельдшера, акушерки) _____

М.П.

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и подпись
уполномоченного лица медицинской организации _____

М.П.

Отметка аптечной организации об отпуске _____

Фамилия, имя, отчество (последнее - при наличии) и подпись
работника аптечной организации _____

М.П.

Срок действия рецепта 15 дней