



Код формы по ОКУД  
Код учреждения по ОКПО  
Медицинская документация  
**Форма № 107-1/у**  
Утверждена приказом  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 14 января 2019 г. № 4н

"Гемостест" Севастополь - лаборатория  
Адрес: Г. Севастополь, пр. Октябрьской Революции,  
20.  
Телефон:

## РЕЦЕПТ

(взрослый, детский — нужно 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.

руб. | коп. | Rp.

руб. | коп. | Rp.

Подпись

и печать лечащего врача  
(подпись фельдшера, акушерки)

М. П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года \_\_\_\_\_  
(нужно подчеркнуть) (указать количество месяцев)