

Додаток 1
до Правил виписування
рецептів на лікарські засоби
і медичні вироби
(пункт 7 розділу I)

Прізвище, ініціали та вік пацієнта _____
Назва та кількість виписаних лікарських засобів (медичних виробів) _____

Рецепт № _____

«__» _____ 20__ р.
(дата виписування рецепта)

лінія відрізу

.....

ФОРМА

**рецептурного бланка № 1 (ф-1) для виписування лікарських засобів і
медичних виробів, що відпускаються за повну вартість, безоплатно або
з доплатою**

Найменування закладу охорони здоров'я або прізвище, ім'я, по батькові
(за наявності) ФОП _____

Місцезнаходження закладу охорони здоров'я або ФОП* _____

Код за ЄДРПОУ / Реєстраційний номер
облікової картки платника податків** _____

Номер та дата видачі ліцензії на провадження господарської
діяльності з медичної практики
або рішення органу ліцензування
про видачу ліцензії на провадження
господарської діяльності з медичної
практики _____

Медична документація ф-1

РЕЦЕПТ № _____

дорослий, дитячий (потрібне підкреслити)

«__» _____ 20__ р.
(дата виписування рецепта)

За повну вартість

Безоплатно

З доплатою

джерело фінансування _____

джерело фінансування _____

Прізвище, ініціали та вік пацієнта _____

Прізвище та ініціали медичного працівника _____

I Rp:

I

I

I Rp:

I

I

I Rp:

I

I

Додаткова інформація _____

Підпис медичного працівника та печатка***

Рецепт дійсний протягом тридцяти календарних днів

(друкується на зворотному боці рецептурного бланка)

Штамп аптеки

№ лікарської форми

індивідуального виготовлення _____ Перевірів _____ Відпустив _____

Прийняв _____ Виготовив _____

* Місце проживання (місце провадження діяльності) ФОП.

** Для фізичних осіб, які через свої релігійні переконання відмовились від прийняття реєстраційного номера облікової картки платника податків та повідомили про це відповідний контролюючий орган і мають відмітку у паспорті, зазначаються серія (за наявності) та номер паспорта.

*** Паперовий рецепт, що виписується лікарем, засвідчується підписом та особистою печаткою лікаря. Паперовий рецепт, що виписується фельдшером, засвідчується підписом фельдшера із зазначенням його посади та печаткою амбулаторії або центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги.