

Приложение
к Порядку выписки рецептов
на льготные лекарственные препараты
и/или медицинские изделия гражданам
Российской Федерации, постоянно
проживающим на территории Донецкой
Народной Республики, в медицинских
организациях
(пункт 3)

(наименование медицинской организации)

(адрес медицинской организации)

(ОГРН медицинской организации)

НАПРАВЛЕНИЕ ДЛЯ ВЫПИСКИ РЕЦЕПТОВ № _____ от «__» _____ 20__ г.

1. ФИО и контакты медицинского работника, выписавшего направление

2. Медицинская карта амбулаторного больного, содержащая сведения о назначении лекарственных препаратов и медицинских изделий: № _____ от «__» _____ 20__ г.

Данные о гражданине:

3. Фамилия, имя, отчество (при наличии): _____

4. Дата рождения (день, месяц, год): «__» _____ г.;
возраст (число полных лет, для ребенка в возрасте до 1 года - число полных месяцев): _____

5. Пол (нужное отметить):

5.1. Мужской 5.2. Женский

6. Диагноз основной:

7. Диагноз сопутствующий:

8. Адрес места жительства (при отсутствии места жительства указывается адрес места пребывания, фактического проживания на территории Российской Федерации):

8.1. Государство:

8.2. Почтовый индекс: _____

8.3. Субъект Российской Федерации: _____

8.4. Район: _____

8.5. Наименование населенного пункта: _____

8.6. Улица: _____

8.7. Дом (корпус, строение): _____

8.8. Квартира: _____

9. Лицо без определенного места жительства (в случае если гражданин не имеет определенного места жительства).

10. Контактная информация:

10.1. Номера телефонов: _____

10.2. Адрес электронной почты (при наличии): _____

11. Сведения о страховом номере индивидуального лицевого счета (СНИЛС) и полисе обязательного медицинского страхования (при наличии):

СНИЛС: _____ - _____ - _____

Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии):

12. Документ, удостоверяющий личность:

12.1. Наименование: _____

12.2. Серия _____, номер _____

12.3. Кем выдан: _____

12.4. Дата выдачи (день, месяц, год): « ____ » _____ г.

13. Сведения о законном или уполномоченном представителе гражданина:

14. Сведения о назначенном лечении:

14.1. Диагноз основной:

14.2. Диагноз сопутствующий:

14.3. Наименование лекарственного препарата

Международное непатентованное наименование лекарственного препарата		
Группировочное / химическое / торговое наименование лекарственного препарата (при отсутствии МНН)		
Дозировка, форма выпуска, способы введения		
Кратность приема в сутки		
Длительность приема лекарственного препарата	В днях	В месяцах

14.4. Расчет количества препарата

Период расчета (нужное подчеркнуть):	Курс приема	Месяц	Год
Единица измерения (таблетки, капсулы, ампулы и т.д.)			
Количество упаковок сроком на месяц (с указанием фасовки согласно Государственного реестра лекарственных средств Российской Федерации)			
Общее количество упаковок на курс приема/год			

15. Распределение количества упаковок по курсам приема по месяцам (с даты выписки рецепта):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

16. Адрес и контакты медицинской организации:

(подпись медицинского работника
медицинской организации)