

**РЕЦЕПТУРНЫЙ БЛАНК НА ЛИНЗЫ КОНТАКТНЫЕ**



Наименование медицинской организации:  
**Общество с ограниченной ответственностью  
 «Медицинский офтальмологический центр Мой взгляд»**

Штамп  
 ОГРН 1106229003374

Источник финансирования при льготном обеспечении (нужное подчеркнуть): 1) федеральный бюджет 2) бюджет субъекта Российской Федерации	Процент оплаты пациентом: 1) 100% 2) бесплатно	Рецепт действителен в течение (указать срок действия):
--	--	--

РЕЦЕПТ Серия \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_ Дата выдачи от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ г.  
 Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

Дата рождения от "\_\_\_" \_\_\_\_\_ г.

Номер страхового медицинского полиса \_\_\_\_\_

Номер медицинской карты пациента \_\_\_\_\_

Ф.И.О. медицинского работника \_\_\_\_\_

Номер телефона медицинского работника \_\_\_\_\_

Наименование медицинского изделия \_\_\_\_\_

Количество единиц \_\_\_\_\_

Параметры контактных линз

	Название контактных линз	Радиус (R)	Диаметр (D)	Цвет	Сфера (Sph)	Цилиндр (Cyl)	Ось (Ax)	Аддидация (Ad)
Правый глаз (OD)								
Левый глаз (OS)								

Рекомендации по применению

Режим ношения \_\_\_\_\_

Частота замены контактных линз \_\_\_\_\_

Средства для ухода и хранения контактных линз \_\_\_\_\_

Примечания: \_\_\_\_\_

Подпись медицинского работника \_\_\_\_\_