

# BASIC VERBAL FORMS MEDICAL PRESCRIPTIONS



Medical terminology uses only selected number of verbal forms:

**1. Dictionary entry -**

**a) 1<sup>st</sup> person singular of present active indicative**

*I heal, I mix, I divide, I dispatch*

**b) Infinitive**

*to heal, to mix, to divide, to dispatch*

**2. Imperative**

*Heal! Mix! Divide! Dispatch!*

**3. Subjunctive : 3<sup>rd</sup> person singular (present passive)**

*It is to be /should be healed, mixed, divided, dispatched*

**4. Subjunctive : 3<sup>rd</sup> person plural (present passive)**

*they are to be/ should be healed, mixed, divided, dispatched*

MED. UNIV.  
Dr. JAN BEDŘICH RUDOLF,

odborný lékař  
nemoci chirurgických a ženských, operatér  
V KROMĚŘÍŽI, NAM. LEGIONARŮ ČÍS. 5.  
Telefon 19.

Ordinuje od 1/2 2. do 1/2 4. hod. odpo.

Rp. Pulver licenp. 150.  
S. Wesselschlag  
9.20 Kč.  
Fch

+  
Dingeman's kámen  
Fch



V Kroměříži, dne 21. III. 1923

J. Bedřich Rudolf  
Wesselschlag  
Kroměříž

MED. UNIV.  
Dr. JAN BEDŘICH RUDOLF,

odborný lékař  
nemoci chirurgických a ženských, operatér  
V KROMĚŘÍŽI, WILSONOVA TR. ČÍS. 20.  
Telefon 19.

Ordinuje od 8-1/2 10. dopoledne, od 2-1/2 4. odpoledne.  
V neděli a svátky od 1/2 9.-1/2 10. dopol.

Rp. Klijendli 99  
63  
15  
30  
70  
70  
200  
740  
80  
6.68  
73  
1.87 Kč

Thijendli 99  
Amylacet  
Zincioxyd ar 5.0  
Vendalbe  
Lanolinum 100  
M.D.S. Zelené

V Kroměříži, dne 23. VI. 1924

J. Bedřich Rudolf  
Kroměříž



CZECH

VZOR

Kód  
pojišťovny

RECEPT

poř. č.

Údaje platné pro celý recept (výpis, pohotovost, repetatur s počtem opakování, nutná a neodkladná péče, atd.)

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

f.

Bydliště (adresa)

Popl.

Diagnóza<sup>1)</sup>

Sk.

Kód

Započ.dopl.

Úhrada

→ Rp.

Popl.

Diagnóza<sup>1)</sup>

Sk.

Kód

Započ.dopl.

Úhrada

Rp.

Dne:

razítko poskytovatele,  
jmenovka, podpis a telefon lékaře

Připravil:

Vydal:

<sup>1)</sup> Vyplňuje se povinně v případech zvýšené úhrady.



**Lekársky predpis**

Miesto pre nalep. čísla	Zdravotná poisťovňa poisťenca [ ][ ][ ][ ]	Kód lekára <b>AA 0000000</b>
Priezvisko a meno		Rodné číslo
Bydlisko		
Dg. [ ][ ][ ]	Kód [ ][ ][ ][ ][ ][ ]	<b>H r a d í</b>
<b>Rp.</b>		poisťovňa      pacient
		Sk    h      Sk    h
Dňa: Dg. [ ][ ][ ]      Kód [ ][ ][ ][ ][ ][ ]      Spolu		
..... odtlačok pečiatky a podpis lekára		Por. číslo predpisu
Prijal	Prípravil	Spolupracoval
		Expedoval
		Dátum

Skladové číslo + LOGO DISTRIBÚTORA / VÝROBCU

PANTONE Process Black U

PANTONE Process Magenta U

148,5 mm

105 mm

FRONT

C

SURNAME  
Mr/Mrs/Miss .....

B

Age if under  
12 years  
.....  
yrs : mths

INITIALS AND ONE FULL FORENAME .....

Address .....

Pharmacy Stamp

Pharmacist's pack & quantity endorsement	No. of days treatment N.B. Ensure dose is stated	NP	Pricing Office use only
	C <i>Cancelled</i> A		


Signature of Doctor

Date

For  
phar-  
macist  
No. of  
Prescns  
on form

**IMPORTANT: Read notes overleaf before going to the pharmacy.**

Form FP10  
(Rev. 88)

Mitgl. geboll.	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	<input checked="" type="checkbox"/> (V*)
1 frei	BG Bergbau							
2 Fam.- Angeh. gebpf.	Name des Versicherten		Vorname		geb. am			
	Meier Hans		Hans		31.12.37			
3 frei	Arbeitgeber [ Dienststelle ] Mitglieds-Nr. / Freiw. / Rentner							
4 Rentner u. Fam.- Angeh. gebpf.	34 M 167890							
	Wohnung des Patienten							
	Kleinhausen Winger 17							
5 frei	BVG	Sonstige		Sprochst- bedarf	Datum: 2.2.89			
0	6	<input checked="" type="checkbox"/>	8	9				
Anz. d. Anteile	*) Unfalltag		Unfallbetrieb					
	1.7.88		XY-Werk					
Taxe	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen!)							
	Diclofenac 50 ratio 50 Drag							
	Lastotel Binden 8cm 10 St							
	Dr. XYZ Arzt Ringstr. 30 6479 Randstadt 1				 Unterschrift des Arztes			
	Kassenarztstempel							

1 NOV 71

## DOD PRESCRIPTION

FOR (Full name, address, &amp; phone number) (if under 12, give age)

*John R. Doe, HM3, USN**U.S.S. Never forgotten (DD 178)*

MEDICAL FACILITY

*U.S.S. Never forgotten (DD 178)*

DATE

*23 JAN 99***R<sub>s</sub>** (Superscription)

gm or ml.

(Inscription)

*Tx Belladonna**15 ml**Amphogel qsad**120 ml*

(Subscription)

*M & FT Solution*

(Signa)

*Seg: 5 ml tid a.c.*MFGR: *Wyeth*EXP DATE: *12/02*LOT NO: *P39K106*FILLED BY: *KMT*

R NUMBER

*10072**Jack R Frost*  
*LCDR, MD, USNR*  
SIGNATURE RANK AND DEGREE



VZOR

INSCRIPTIO

Kód pojišťovny	<b>RECEPT</b>	poř. č.
Údaje platné pro celý recept (výpis, pohotovost, repatur s počtem opakování, nutná a neodkladná péče, atd.)		

PERSONALIA AEGROTI

Příjmení a jméno

Číslo pojištěnce

f.

Bydliště (adresa)

INVOCATIO

Popl.	Diagnóza <sup>7)</sup>	Sk.	Kód	Započ.dopl.	Úhrada
-------	------------------------	-----	-----	-------------	--------

ORDINATIO

Rp.

Kalii jodidi	1,0
Ephedrini hydrochloridi	0,2
Thymi sirupi comp.	20,0
Aquae purif.	ad 100,0

M. f. liquid.  
D. ad lag.  
D. S. 3x denně 1 lžiči

MAGISTRALITER

a) PRAESCRIPTIO (COMPOSITIO)

b) SUBSCRIPTIO

c) SIGNATURA

Popl.	Diagnóza <sup>7)</sup>	Sk.	Kód	Započ.dopl.	Úhrada
-------	------------------------	-----	-----	-------------	--------

Rp.

Frontin 0,5 mg  
Exp. orig. No. III (tres)  
D. S. 1 tbl. ráno, 1 tbl. večer

SPECIALITAS

DATUM

Dne:

SIGILLUM ET NOMEN MEDICI

razítko poskytovatele, jmenovka, podpis a telefon lékaře

Připravil:	Vydal:
------------	--------

<sup>7)</sup> Vyplňuje se povinně v případě zvýšené úhrady.

**Rp.**

*Acidi acetylsalicylici*

*Paracetamoli* **aa** 0,3

*Codeinii dihydrogenphosphorici* 0,02

*Coffeini cum natrio benzoico* 0,1

*Magnesii oxydati* 0,05

Analgeticum +  
antipyreticum

**M. f. pulv.**

**D. t. d. No. XX (viginti) ad caps.**

**S. 3krát denně 1 prášek.**

**Rp.**

*Aminophyllini* 1,8

*Olei cacao q. s. ut f. supp.*

**D. t. d. No. VI (sex)**

**S. 2krát denně zavést 1 čípek do konečníku.**

Diureticum

**Rp.**

<i>Ureae</i>	40,0
<i>Acidi lactici</i>	1,0
<i>Ung. lanalcoli</i>	20,0
<i>Cerae albae</i>	5,0
<i>Vaselini albi</i>	ad 100,0

**M. f. ung.** Týden používat v okluzním obvazu na nehty před aplikací antimykotik.

Antimycoticum

**Rp.**

*Framykoin plv. ads. 1 x 20 gm*

**Exp. orig. No. II** (duas)

**D. S.** Aplikovat 2krát denně na postižená místa po dobu 10 dnů.

Antibioticum