

# BASIC VERBAL FORMS MEDICAL PRESCRIPTIONS



# FIVE BASIC FORMS



- 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*

# CZECH, 1920

MED. UNIV.  
Dr. JAN BEDŘICH RUDOLF,  
odborný lékař  
nemoci chirurgických a ženských operací  
V KROMĚŘIZI, NAM. LEGIONÁRŮ ČIS. 5.  
Telefon 19.  
Ordinuje od 1/2, do 1/4 hod. odpo.

Rp. Pulver kámp. 150.  
S. Mucosa lakt.  
+  
Pinegeny kámp.  
9.10 Kč  
S. Mucosa lakt.  
1845 Kč.



V Kroměříži, dne 21. III. 1923

J. Bedřich Rudolf  
Kromeriz

MED. UNIV.  
Dr. JAN BEDŘICH RUDOLF,  
odborný lékař  
nemoci chirurgických a ženských operací  
V KROMĚŘIZI, WILSONOVA TR. ČIS. 20.  
Telefon 19.  
Ordinuje od 8-1/2 dopoledne, od 2-1/4 odpoledne.  
V redči a máty od 1/2-1/4 dopol.

Rp. Klyst. 0/0  
63  
75  
30  
70  
70  
200  
740  
80  
660  
73  
1874

V Kroměříži, dne 23. VI. 1924

J. Bedřich Rudolf  
Kromeriz



# CZECH

VZOR

Kód pojišťovny	<b>RECEPT</b>	poř. č.			
	Údaje: pláně provozů recept (přpis, pohotovost, repotatur a počtem opakování, nutná a neodkladná péče, atd.)				
Příjmení a jméno					
<b>Číslo pojištění</b>		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 případě zvýšené úhrady.

# SLOVAK

148,5 mm

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

Skladové číslo + LOGO DISTRIBÚTORA / VÝROBCU

105 mm

PANTONE Process Black U

PANTONE Process Magenta U

# BRITISH

FRONT

**C** SURNAME **B**  
Mr/Mrs/Miss .....

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** *CANCELLED* **A**

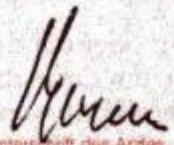
Signature of Doctor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

For  
phar-  
macist  
No. of  
Prescrip-  
tions on form

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

Form FP10  
(Rev. 88)

# GERMAN

Mitgl. gebort.	AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	<input checked="" type="checkbox"/> (V*)
1 Ihre	BG Bergbau							
2 Name des Versicherten	Mies		Haus		Vorname		geb. am	
3 Ehegatte / Kind							31.12.37	
4 Arbeitgeber [ Dienststelle ] Mitglieds-Nr. / Freiw. / Rentner	34 M 167890							
5 Wohnung des Patienten	Kleinhausener Wingerstr. 17							
6 BVG	7 Sonstige	8 <input checked="" type="checkbox"/>	9 Sprechst. bedarf	Datum: 2.2.89				
0 Anz. d. Anteile	1 *) Unfalltag	2 Unfallbotno		1.7.88 XY-Wehr				
Taxe	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen!)							
	Diclofenac 50 ratio 50 Drag							
	Lactofel Binden 8cm 10 Stk							
	Dr. XYZ Arzt Ringstr. 30 6479 Randstadt 1				 Unterschrift des Arztes			
	Kassenarztstempel							



AMERICAN

DD FORM 1289

1 NOV 71

DOD PRESCRIPTION

FOR (Full name, address, & phone number) (If under 12, give age)

John R. Doe, HM3, USN

U.S.S. Neverforgotten (DD 178)

MEDICAL FACILITY

U.S.S. Neverforgotten (DD 178)

DATE

23 JAN 99

**R<sub>x</sub>** (Superscription)

gm or ml.

(Inscription)

Tn Belladonna

15 ml

Amphogel qsad

120 ml

(Subscription)

M & FI Solution

(Signal)

Seg: 5ml tid a.c.

MFGR: Wyeth

EXP DATE: 12/02

LOT NO: P39K106

FILLED BY: KMT

**R<sub>x</sub>** NUMBER

10072

Jack R. Frost  
LCDR. M.D. 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>1)</sup>	Sk.	Kód	Započ.dopl.	Úhrada
-------	------------------------	-----	-----	-------------	--------

Rp.

Kalij jodid	1,0
Ephedrin hydrochlorid	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

ORDINATIO

- a) PRAESCRIPTIO (COMPOSITIO)
- b) SUBSCRIPTIO
- c) SIGNATURA

Popl.	Diagnóza <sup>1)</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>1)</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