

BASIC VERBAL FORMS MEDICAL PRESCRIPTIONS



Medical terminology uses only selected number of verbal forms:

1. Dictionary entry -

a) 1st 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 : 3rd person singular (present passive)

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

4. Subjunctive : 3rd 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

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
H. Aulin



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.

Diagnóza¹⁾

Sk.

Kód

Započ.dopl.

Úhrada

→ Rp.

--	--	--	--	--	--

Popl.

Diagnóza¹⁾

Sk.

Kód

Započ.dopl.

Úhrada

Rp.

Dne:

razítko poskytovatele,
jmenovka, podpis a telefon lékaře

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

¹⁾ Vyplňuje se povinně v případech zvýšené úhrady.



Lekársky predpis

Miesto pre nalep. čísla	Zdravotná poisťovňa poisťenca [][][][]	Kód lekára AA 0000000	
Priezvisko a meno		Rodné číslo	
Bydlisko			
Dg. [][][]	Kód [][][][][][]	H r a d í	
Rp.		poisťovňa	pacient
		Sk h	Sk h
Dňa: Dg. [][][]		Spolu Kód [][][][][][]	
..... 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, & 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 (Superscription)

gm or ml.

(Inscription)

Tx Belladonna

15 ml

Amphogel qsad

120 ml

(Subscription)

M & FT Solution

(Signa)

Seg: 5ml 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	RECEPT	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 ⁷⁾	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 ⁷⁾	Sk.	Kód	Započ.dopl.	Úhrada
-------	------------------------	-----	-----	-------------	--------

SPECIALITAS

Rp.

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

DATUM

Dne:

SIGILLUM ET NOMEN MEDICI

razítko poskytovatele, jmenovka, podpis a telefon lékaře

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

⁷⁾ 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