Врз основа на член 20 став 3 и член 56 став 1 точка 3 од Законот за здравственото осигурување (“Службен весник на РМ“ бр. 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003 и 84/2005), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија, на седницата одржана на 26.01.2006 година, донесе

П Р А В И Л Н И К
ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОСТАВОТ, НАДЛЕЖНОСТА И НАЧИНОТ НА РАБОТАТА НА ЛЕКАРСКИТЕ КОМИСИИ НА ФОНДОТ ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Член 1

Во Правилникот за составот, надлежноста и начинот на работата на лекарските комисии на Фондот за здравствено осигурување на Македонија (“Службен весник на РМ“ бр. 111/2000) во член 4 став 1 алинеја 1 бројот „15“ се заменува со бројот „7“.

Член 2

Во член 13 се додава нов став 3 кој гласи:

“Образецот на предлогот за оцена на привремената спреченост за работа над 7 дена е составен дел на овој правилник“.

Член 3

Овој правилник влегува во сила осмиот ден од денот на објавувањето во “Службен весник на Република Македонија“, а ќе се објави по добивање на согласност од министерот за здравство.

Бр. 02-444/7
26 јануари 2006 година
Скопје

Управен одбор
Заменик претседател,
проф. д-р **Магдалена Антова - Велевска,** с.р.

Образец: ПСР

____
Здравствена установа

____
Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник ____________

ДО
ПРВОСТЕПЕНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА
НА ФОНДОТ

П Р Е Д Л О Г

ЗА ОЦЕНА НА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА
НАД 7 ДЕНА

____
Презиме, татково име и име на осигуреникот

____
Адреса

|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_|_| - |0|0|
Број на здравствена легитимација

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Единствен матичен број

|_|_|_|
Основ на осигурување

|_|_|_|_|_|_|_|
Број на здравствен картон

Вработен во ____ **Од** ______________
Назив на обврзникот за уплата на придонес **Дата**

Боледува од ____

Анамнеза ____

Сегашна здравствена состојба на болниот, статус и наод од доктор специјалист ______________

____

____

Дијагноза ____ |_|_|_|_|_|_|
Шифра

____

Мислење на избраниот лекар ______________________________________

____

____

Во ______________ ____________ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на избраниот лекар

____