
Назив на здравствена установа

Одделение

Место

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ

ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА КАКО ПРОДОЛЖЕНО БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза (латински назив на дијагноза) _____ и
шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ _____.

Конзилијарното мислење се издава остварување на право од специјализирана медицинска рехабилитација како
продолжено болничко лекување со придружник - без придружник, во траење од _____ дена.

Конзилијарното мислење е со важност согласно Правилникот за специјализирана медицинска рехабилитација
како продолжено болничко лекување.

Образложение

Директор

Во _____

Дата _____

МП

Лекарски конзилиум

1. _____

2. _____

3. _____