
Назив на здравствена установа

Одделение

Место

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ

ЗА ПРОДОЛЖЕНО ЛЕКУВАЊЕ -МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

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

Пациентот е примен во нашата здравствена установа со дијагноза _____

_____ и
шифра на дијагноза по МКБ - 10 АМ _____.

Конзилијарното мислење се издава за остварување на право на продолжено лекување –
медицинска рехабилитација во _____ со придружник – без
придружник, во траење од _____ дена.

Конзилијарното мислење е со важност согласно член 79 од Правилникот за содржината и начинот
на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување.

Образложение _____

_____.

Директор

Во _____

Дата _____

МП

Лекарски конзилиум

1. _____

2. _____

3. _____