Образец: БУ

ФЗОМ -Образец БУ

Упат Бр._____

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник _____

ДО

Назив на Болничката здравствена установа

Работна единица- Одделение

Место

Лекар

Факсимил

Термин

Б О Л Н И Ч К И У П А Т

Се упатува на болничко лекување _____

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

___ - _____ - ___

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

Задолжително да се заокружи доколку упатува избраниот лекар:

1. Дијагностицирано хронично заболување _____

2. Итен случај по проценка на избраниот лекар (да се наведе образложение) _____

3. Итен случај (да се наведе број на потврда за прием на осигурено лице хоспитализирано во болничка установа)

Дијагноза _____

Шифра

Со придружник - придружник не е потребен _____

Во _____ _____ 20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4