

Упат Бр. _____

_____		_____
Назив на здравствена установа	ДО	Назив на здравствена установа
_____		_____
Работна единица - Одделение		Организациона единица
Број на лекарски дневник _____		_____
		Назив на апарат

		Термин

УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА - 2

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име

_____ Адреса

_____-_____-_____
Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

За снимање на: _____

Во _____ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар

Упат Бр. _____

_____ Назив на здравствена установа
Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

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

_____-_____-_____
Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот рендгенски наод _____

Во _____ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар
