

Упат Бр. _____

	ДО	
Назив на здравствена установа		Назив на здравствена установа
Работна единица - Одделение		Специјалност
Број на лекарски дневник		Место
		Лекар
		Факсимил
		Термин

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

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

Адреса

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Број на здравствена легитимација</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Единствен здравствен број на осигуреникот</p>																																									<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Единствен матичен број на осигуреникот</p>																				

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Основ на осигурување</p>																					<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Број на здравствен картон</p>																				

На специјалистички - субспецијалистички преглед се упатува поради _____

Наоди за извршените прегледи, дијагностички и терапевтски постапки _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар

Упат Бр. _____

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

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

<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Број на здравствена легитимација</p> <table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Единствен здравствен број на осигуреникот</p>																																									<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%; height: 15px;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">Единствен матичен број на осигуреникот</p>																				

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење _____

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице _____

Во _____ 20__ година МП Потпис и факсимил на лекар