

Упат Бр. _____

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

УПАТ ЗА СЕРВИСНИ УСЛУГИ
(за хоспитализирани пациенти)

Се упатува на болничко лекување _____
Презиме, татково име 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
-------------------------------	------------------------------------

Сервисна услуга _____ Шифра

Со придружник - придружник не е потребен _____

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

Назив на здравствена установа
Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

На _____
Презиме, татково име и име на осигуреното лице

_____ Број на здравствена легитимација	_____ Единствен матичен број на осигуреникот
---	---

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење _____

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице _____

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