



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi për sigurim shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Број: _____

Датум: _____

ПОТВРДА ЗА АПЛИКАЦИЈА

Од избран лекар/замена на избран лекар _____
(име и презиме)

од ПЗУ _____
(назив на здравствената установа, место)

Потврдувам дека на лицето _____
(име и презиме)

со ЕМБГ: _____ и/или ЕЗБО: _____,
со потврдена инфекција со КОВИД-19 на домашно лекување, според специјалистички извештај или
отпусно писмо, од лекар специјалист/субспецијалист од секундарна/терциерна здравствена заштита,
му е препорачана терапија со лекот:

Епохаргин инјекции со јачина _____, со сигнатура _____
 Nadroparin инјекции со јачина _____, со сигнатура _____

(Се издава само за еден од 2-та наведени лекови. Потребно е да се штиклира за кој лек се издава потврдата за апликација.)

Поради тоа што лицето е со потврдена инфекција на КОВИД-19 на домашно лекување, а со цел
спроведување на мерките за превенција и спречување на ширењето на инфекцијата со КОВИД-19,
лицето самостојно го аплицираше наведениот лек во домашни услови, согласно инструкциите дадени
од моја страна и Упатството за пациентот приложено кон лекот.

Потврдата за апликација се издава за самостојно аплицирана терапија со горенаведениот лек, во
количина од _____ ампули, со дозирање _____, за период _____.

Потврдата се издава за остварување на правото на осигуреното лице за надоместок (рефундација) на
средства за набавен лек.

Датум

Факсимил и потпис на лекарот

М.П.