

ОБРАЗЕЦ ЗА БРИС ЗА МИКРОБИОЛОШКО ИСПИТУВАЊЕ

Име и презиме на пациентот: _____

Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____

Број на картон _____

Земен е брис за микробиолошко испитување	Да	Не
--	----	----

Оваа цел се спроведува кај сите осигурени бременни жени од 12 до 30 недела на бременост и носи 2% од надоместот за целите.

Потпис на пациентот (своерачно)

Место и датум на прегледот

Потпис и факсимил на избран лекар

Напомена: Податоците на овој образец се заштитени согласно законските прописи.