

ОБРАЗЕЦ ЗА КОЛПОСКОПСКИ ПРЕГЛЕД

Име и презиме на пациентот: _____

Матичен број на осигуреникот (ЕМБГ) _____

Број на картон _____

Извршен е колпоскопски преглед	Да	Не
--------------------------------	----	----

Оваа цел се спроведува кај сите осигурени жени со позитивен ПАП тест, и носи 4% 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.