
Назив на здравствена установа

Одделение

Место

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА ПРОДОЛЖУВАЊЕ НА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза _____

_____ и
шифра на дијагноза по МКБ – 10 AM _____.

Конзилијарното мислење се издава со цел:

(Задолжително да се заокружува основот на издавање на конзилијарното мислење).

- 1) Продолжување на привремена спреченост за работа над 60 дена од почетокот на боледувањето согласно временската рамка во критериумите (прв пат).
- 2) Повторно издавање на конзилијарно мислење согласно временската рамка во критериумите.
- 3) Продолжување на привремена спреченост за работа при потреба за надминување на временската рамка согласно критериумите.

Конзилијарното мислење е со важност до 60 дена.

Конзилијарното мислење се издава за продолжување на боледувањето за период:

од _____ до _____.

Образложение за причината за привремената спреченост за работа (со напомена да се наведе и во какво опкружување треба да биде истата)

_____.

Директор

Во _____

Дата _____

МП

Лекарски конзилиум

1. _____

2. _____

3. _____