

ИЗВЕШТАЈ ЗА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0	<input type="text"/>
Број на здравствена легитимација	Единствен матичен број
<hr/> Презиме, име на родител/старател и име	
<hr/> Адреса	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Основ на осигурување	Број на здравствен картон

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

<hr/> Назив	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Регистарски број	ЕМБС

3. ПОДАТОЦИ ЗА СПРЕЧЕНОСТА, ОДНОСНО ОТСУСТВО ЗА РАБОТА

Дијагноза _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Почетна шифра		Крајна шифра	
Дата на спреченост за работа _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Од		До	
Прв ден на спреченост за работа _____				
Времетраење на болничко лекување _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Од		До	

3. ПРИЧИНА ЗА СПРЕЧЕНОСТА, ОДНОСНО ОТСУСТВО ЗА РАБОТА

0 1	Болест и повреда надвор од работа
0 2	Повреда на работа и професионална болест
0 3	Лекување и медицинско испитување
0 4	Негување на болно дете до тригодишна возраст
0 5	Негување на болен член на потесно семејство над тригодишна возраст
0 6	Неопходно придруж. на болно лице упатено на преглед или лекување надвор од местото на живеење
0 7	Неопходно придружување на болно дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување
0 8	Доброволно давање на крв, ткиво или орган
0 9	Изолираност заради спречување на зараза
1 0	Бременост, раѓање и мајчинство

Дали повредата е предизвикана од трето лице Да Не Дали е рецидив Да Не

Причина за повредата на работа _____

МП

Потпис и факсимил на лекар