ФЗОМ -Образец - ИБУ

Упат Бр._____

_____
Назив на здравствена установа

_____
Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник _____

ДО

_____
Назив на Болничката здравствена установа

_____
Работна единица- Одделение

_____
Место

_____
Лекар

_____
Факсимил

_____
Термин

И Н Т Е Р - Б О Л Н И Ч К И У П А Т

Се упатува на болничко лекување _____
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

_____
Адреса

|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_| - |_|_|
Број на здравствена легитимација

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Единствен матичен број

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба _____

|_|_|
Основ на осигурување

|_|_|_|_|_|_|_|
Број на здравствен картон

Дијагноза _____ |_|_|_|_|_|_|_|
Шифра

_____

_____

Со придружник - придружник не е потребен _____

Во_____ _____20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар

_____

Формат: А4