ФЗОМ -Образец - ИОУ

Упат Бр._____

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

Број на лекарски дневник _____

ДО

Работна единица- Одделение

Место

Лекар

Факсимил

Термин

И Н Т Е Р - О Д Д Е Л Е Н С 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 _____

Број на здравствен картон

__

Основ на осигурување

Дијагноза _____ _____

Шифра

_____

_____

Со придружник - придружник не е потребен _____

МП

Потпис и факсимил на лекар

Во_____ _____20__ година

_____

Формат: А4