ФЗОМ -Образец ИКУ

Упат Бр._____

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

Број на лекарски дневник _____

ДО

Назив на клиничка болничка здравствена установа

Место

Лекар

Факсимил

Термин

ИНТЕР-КЛИНИЧКИ УПАТ

Се упатува на: _____

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

Во _____ _____ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар

_____

Упат Бр._____

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТ/СУБСПЕЦИЈАЛИСТ

На _____

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

_ _ _ - _ _ _ _ _ _ _ - _ _

Број на здравствена легитимација

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Единствен матичен број

_ _ _ _ _ _ _ _ _

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот наод _____

Во _____ _____ 20__ година **МП** Потпис и факсимил на лекар

_____

Формат: А4