



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА
www.fzo.org.mk

УПАТСТВО

ЗА НАЧИНОТ НА ПОПОЛНУВАЊЕ И ПРИМЕНА НА ОБРАСЦИ-УПАТИ

ВОВЕД

Согласно измените на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување донесени се нови и ревидирани стари обрасци за упатување по нивоа и видови на здравствена заштита во здравствените установи со кои Фондот за здравствено осигурување има склучено договор.

Со ова упатство се објаснува начинот на пополнување за лекарските тимови и примена на обрасците – упати во новиот начин на упатување кој што започна како пилот проект на 1 октомври 2011 година, а официјално ќе биде во примена од 1 јануари 2012 година.

Сите обрасци содржат **основни и специфични елементи кои треба задолжително да бидат пополнети** од страна на стручните служби во здравствените установи. Основните елементи се однесуваат на општите и административните податоци за пациентот и здравствената установа и се пополнува на ист начин за сите видови на упатувањата. Специфичните елементи се однесуваат на административно медицинскиот дел на упатот и се дефинирани одделно за различни нивоа и видови на упатување. Соодветните специфични елементи се дефинирани посебно за секој вид на упатен образец.

Здравствената установа може обрасците електронски да ги пополнува и печати или да ги пополнува обрасците рачно со јасен и читлив ракопис.

ОСНОВНИ ЕЛЕМЕНТИ НА ОБРАСЦИТЕ

Сите здравствени установи задолжително треба да ги пополнуваат следните полиња :

- здравствена установа која упатува со дејност и место на здравствената установа;

- број на лекарски дневник;
- здравствена установа во која се упатува, со дејност и место на здравствената установа;
- презиме, име на родител/старател и име на осигуреникот;
- адреса на живеење на осигуреникот;
- број на здравствена легитимација или единствен здравствен број на осигуреникот (ЕЗБО);
- единствен матичен број (ЕМБГ) на осигуреникот;
- место и датум на издавање на упатот

Содржината на обрасците задолжително се потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој упатува и
- печат на здравствената установа.

ВИДОВИ УПАТНИ ОБРАСЦИ

1. СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ СУ)

Примена на образецот:

Овој образец во согласност со Упатството, може да го користи избраниот лекар кога упатува до лекар специјалист за определена специјалистичко консултативна здравствена услуга во јавни и приватни здравствени установи на територијата на Р. Македонија, освен во Универзитетските клиники во Скопје.

Образецот може да го користи лекарот специјалист за упатување до субспецијалист, доколку според Листите на здравствени услуги, потребната здравствена услуга се пружа исклучиво во универзитетските клиники во Скопје.

Исклучоци во примената на образецот кај избраниот лекар:

- Избраниот лекар може да го упати осигуреникот и на повисоко ниво на здравствена заштита во Универзитетска клиника или болница само во определени ситуации и за определени состојби за што задолжително во здравствениот картон на осигуреникот треба да даде образложение за причината на упатувањето.

Овој исклучок важи за избраниот лекар само за следните состојби:

1. Доколку избраниот лекар процени дека станува збор за итен случај може осигуреникот да го упати до Универзитетска клиника;
2. Во случај кога кај осигуреното лице е веќе дијагностицирано и потврдено хронично заболување, а на Извештајот на специјалистот – субспецијалистот е евидентиран закажан контролен преглед, дијагностичко испитување или третман на соодветната Универзитетска клиника;
3. Доколку според Листите на здравствени услуги кои ги објавува Министерството за здравство, потребната здравствена услуга се пружа исклучиво во Универзитетските клиники во Скопје;
4. Избраниот лекар од општа медицина може да ги упати децата до 14-годишна возраст до Универзитетските клиники - Скопје;
5. Избран лекар од дејноста гинекологија може да упати до Универзитетските клиники – Скопје;

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните податоци кои се задолжителни и дефинирани во воведот на упатството за овој образец, задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза;
- наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки.

По извршениот преглед или дијагностичка процедура лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот-СУ „Извештај на специјалистот – субспецијалистот“ со следните елементи:

- утврдениот наод (дијагноза) и мислење и
- упатство за понатамошно лекување на осигуреното лице,

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој направил преглед или процедура и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа
Работна единица - Одделение
Број на лекарски дневник

ФЗОМ -Образец СУ

До

Назив на здравствена установа

Специјалност - субспецијалност

Место

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува

Презиме, име на родител/старател и име

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Оснот на осигурување

Број на здравствен картон

На специјалистички - субспецијалистички преглед се упатува поради

Наоди за извршените прегледи, дијагностички и терапевтски постапки

Во _____ 20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

На

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

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице

Во _____ 20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат

2. ИНТЕР - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИСУ)

Примена на образецот

Овој образец во согласност со Упатството го користи лекарот специјалист кога упатува до друг специјалист во јавна или приватна здравствена установа која обезбедува специјалистичко консултативна здравствена заштита, освен до Универзитетски клиники во Скопје.

Овој образец го користат и лекари специјалисти односно субспецијалисти од Универзитетските клиники кога го упатуваат осигуреното лице за специјалистичко консултативна здравствена услуга на друга Универзитетска клиника.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните податоци задолжително се пополнува и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза;
- наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки.

По извршениот преглед или дијагностичка процедура лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот-СУ „Извештај на специјалистот – субспецијалистот“ со следните елементи:

- утврдениот наод (дијагноза) и мислење и
- упатство за понатамошно лекување на осигуреното лице,

и истото го потврдува со:

- факсимил на лекарот кој направил преглед или процедура и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа
Работна единица - Одделение
Број на лекарски дневник

ФЗОМ -Образец ИСУ

До

Назив на здравствена установа

Специјалност

Место

ИНТЕР - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува

Презиме, име на родител/старател и име

Адреса

Број на здравствена легитимација
Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

На специјалистички преглед се упатува поради

Наоди за извршените прегледи, дијагностички и терапевтски постапки

Во _____ 20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар специјалист

Назив на здравствена установа
Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ

На

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

Број на здравствена легитимација
Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број на осигуреникот

е утврден следниот наод (дијагноза) и мислење

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице

Во _____ 20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар специјалист

Формат:

3. БОЛНИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ БУ)

Примена на образецот

Овој образец во согласност со Упатството го користи лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице за стационарно лекување во болничка јавна или приватна здравствена установа (општи, специјални и клинички болници, како и Универзитетските клиники во Скопје).

Исклучоци во примената на образецот:

Освен специјалист/субспецијалист и избраниот лекар може да го упати осигуреникот по исклучок и на повисоко ниво на здравствена заштита во Универзитетска клиника или болница за што задолжително во здравствениот картон на осигуреникот треба да даде образложение за причината на упатувањето.

Овој исклучок важи само за следните состојби:

1. доколку избраниот лекар процени дека станува збор за итен случај може осигуреникот директно да го упати до болницата или Универзитетска клиника за болничко стационарно лекување;
2. избраниот лекар може да упати до болница или Универзитетска клиника за болничко лекување во случај кога кај осигуреното лице е веќе дијагностицирано и потврдено хронично заболување, а на Извештајот на специјалистот – субспецијалистот е евидентирано закажано болничко лекување;
3. избраниот лекар по општа медицина врз основа на издадено Решение од Лекарската комисија на ФЗОМ, може да издаде болнички упат за продолжено болничко лекување во специјални болници за специјализирана медицинска рехабилитација.
4. избраниот лекар може да упати за стационарно лекување и до Универзитетските клиники во Скопје доколку според Листите на здравствени услуги, потребната болничка здравствена услуга се пружа исклучиво во Универзитетските клиники во Скопје;
5. Децата до 14-годишна возраст избраниот лекар по општа медицина може да ги упати за болничко лекување до Универзитетската клиника за детски болести во Скопје;
6. Избран лекар од дејноста гинекологија може да упати за болничко лекување до Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – Скопје;

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;

- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник – да се заокружи, доколку е потребен.

Доколку станува збор за еден од исклучоците и избраниот лекар го издава болничкиот упат, лекарот кој упатува на образецот задолжително треба да заокружи кој од исклучоците е применет:

1. Дијагностицирано хронично заболување;
2. Итен случај по проценка на избраниот лекар (покрај заокружувањето лекарот кој упатува задолжително треба да наведе и образложение);
3. Итен случај кој веќе е хоспитализиран во болница (покрај заокружувањето лекарот кој упатува задолжително треба да го наведе бројот на потврда за прием на осигуреното лице хоспитализирано во болничка установа).

До

Место

Се упатува на болничко лекување.

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број

Осигурено лице с пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на осигурување

Број на здравствени картон

Задолжително да се заокружи доколку упатува избраниот лекар:

1. Діагностичовано хронично захворювання

2. Итен случај по проценка на избраниот лекар (да се наведе образложение)

3. Итен случај (да се наведе број на потврда за прием на осигурено лице хоспитализирано во болничка установа)

Дијагноза

Шифра

Со придружник - придружник не е потребен

Во _____ 20__ година

Потпис и факсимил на лекар

4. ИНТЕР - ОДДЕЛЕНСКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИОУ)

Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице од едно на друго одделение во рамките на иста јавна или приватна здравствена установа (општи, специјални и клинички болници).

Овој образец го користи и лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице од едно на друго одделение во рамките на иста Универзитетска клиника која има повеќе одделенија.

Овој образец се користи во здравствените установи за интерна евиденција и истиот не се доставува до Фондот за фактурирање на здравствените услуги.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

Број на лекарски дневник

До

Работна единица - Одделение

ИНТЕР-ОДДЕЛЕНСКИ УПАТ

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

5. ИНТЕР - БОЛНИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИБУ)

Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице, **кое е на стационарно лекување од една, за стационарно лекување** во друга јавна или приватна болничка здравствена установа (општи, специјални и клинички болници);

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

Назив на болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

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

_____ - _____ - _____
 Број на здравствена легитимација

 Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број

Осигурено лице с 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

MII

Потпис и факсимил на лекар

13

6. ИНТЕР - КЛИНИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИКУ)

Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист кој го упатува осигуреното лице кое е на стационарно лекување од една ЈЗУ Универзитетска клиника за стационарно лекување во друга ЈЗУ Универзитетска клиника во Скопје.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

Назив на клиничка болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

До

Назив на клиничка болничка здравствена установа

Место

ИНТЕР-КЛИНИЧКИ УПАТ

Се упатува на:

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

Адреса

$$\boxed{10} + \boxed{10} + \boxed{10}$$

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на осигурување

Основ на осигурување

--	--	--	--	--	--	--

Број на здравствен картон

Дијагноза

Шифра

Шифра

Со придружник - придружник не е потребен

Во _____ 20__ година

MII

Потпис и факсимил на лекар

7. ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 1 (ОБРАЗЕЦ ЛУ-1)

Примена на образецот:

Овој образец го користи избраниот лекар за биохемиски лабораториски услуги дефинирани во ЛУ-1 „минимален пакет на биохемиски услуги по упат на избран лекар“.

Овој образец го користи и лекарот специјалист/субспецијалист за биохемиски лабораториски услуги како дел од ЛУ-2 „проширен пакет на биохемиски услуги за потребите на лекарот специјалист /субспецијалист“ во специјалистичко-консултативна здравствена заштита.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- да се заокружи шифрата на пакетот или шифрата на услугата од статусот со лабораториски услуги за која се упатува осигуреното лице.

Од Назив на здравствена установа	До Назив на здравствена установа
Работна единица	Работна единица
Место	Место

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 1

Се упатува:

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

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

Адреса

Единствен матичен број на осигуреникот

Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дол	Опис на статусот / лабораториската услуга
1	2	3	4	5
1	BA2			ХЕМАТОЛОШКИ СТАТУС
1.1		BA2/1		Седиментација на еритроцити
1.2		BA2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
			1.	Хемоглобин
			2.	Еритроцити
			3.	Леукоцити
			4.	Тромбоцити
			5.	Хематокрит
			6.	Диференцијална крвна слика
			6.a	Неутрофили
			6.b	Лимфоцити
			6.v	Еозинофили
			6.g	Моноцити
2	BA13			УРИНАРЕН СТАТУС со седимент
			1.	pH
			2.	Специфична тежина
			3.	Белковини
			4.	Глукоза во урина
			5.	Кетони
			6.	Седимент на урина
			7.	Уробилиноген
3	BA4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
		BA4/1		Глукоза во серум (Гликемија)
4	BA10			ЛИПИДЕН СТАТУС
		BA10/3		Вкупен холестерол
		BA10/2		Триглицериди
5	BA5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
		BA5/1		Уреа во серум
		BA5/3		Креатинин во серум
		BA5/7		Вкупен билирубин
6	BA7			ЕНЗИМСКИ СТАТУС
		BA7/8		АСТ - Аспартат аминотрансфераза
		BA7/9		АЛТ Аламин аминотрансфераза
7	BA8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум
		BA8/8		Железо (Fe)
8	BA16			ИВ. Тест за бременост
		BA16/3		Тест за бременост β -HCG во серум

Во _____ 20____ год. _____ М.П. _____ Потпис и факсимил на лекар

8. ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 2 (ОБРАЗЕЦ ЛУ-2)

Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист/субспецијалист за биохемиски лабораториски услуги дефинирани во ЛУ-2 „проширен пакет на биохемиски услуги потребите на лекарот специјалист /субспецијалист“ во специјалистичко консултативна здравствена заштита.

Исклучоци во примена:

Покрај лекарот специјалист/субспецијалист овој образец може да го користи и избраниот лекар гинеколог исклучиво за хормонален статус.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- вид на здравствена услуга-лабораториска анализа (описно или со шифра)

По извршените биохемиско лабораториски анализи лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот ЛУ-2 „Извештај – лабораториски наод“ со следното:

- утврдениот лабораториски наод

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот специјалист по клиничка биохемија кој ја извршил услугата и
- печат на здравствената установа.

ФЗОМ -Образец ЛУ - 2

Работна единица

Број на лекарски дневник

До

Назив на здравствена установа

Место

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ-2

Се упатува

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

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

111

ОСНОВ НА ОСИГУРВАНЬЕ

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

Единствен матичен број на осигуреникот

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Број на здравствен картон

Вид на здравствена услуга - лабораториска анализа

Во _____ 20__ година

MII

Потпис и факсимил на лекар

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ - ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД

Ha

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

Број на здравствена легитимација

Единствен здравствен број на осигуреникот

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	5
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	---

[illegible]

е утврден следният лабораториски наод

Во _____ 20__ година

MII

Потпис и факсимил на лекар

Форма

9. УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА-1 (ОБРАЗЕЦ РДУ-1)

Примена на образецот:

Овој образец го користи избраниот лекар за радиодијагностички услуги дефинирани во РДУ-1 „минимален пакет на радиодијагностички услуги по упат на избран лекар“ (РТГ- нативно или контрастно снимање, ЕХО дијагностика и мамографија).

Овој образец може да го користи и лекарот специјалист/субспецијалист за радиодијагностички услуги како дел од РДУ-2 “проширен пакет на радиодијагностички услуги“ за потребите на лекарот специјалист /субспецијалист.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- вид на радиодијагностичка здравствена услуга (описно или со шифра)

По извршените радиодијагностички услуги лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот РДУ-1 „Извештај – радиодијагностички наод“ со следното:

- утврдениот радиодијагностички наод,

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој ја извршил здравствената услуга и
- печат на здравствената установа

Назив на здравствена установа _____
Работна единица - Одделение _____
Број на лекарски дневник _____

ФЗОМ -Образец РДУ - 1

До _____

Назив на здравствена установа _____

Место _____

УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА-1

Се упатува _____

Презиме, име на родител/старател и име _____

Адреса _____

Број на здравствена легитимација _____
Единствен здравствен број на осигуреникот _____

Единствен матичен број на осигуреникот _____

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Осигурување _____

Број на здравствен картон _____

За снимање на: _____

Во _____ 20__ година

МП _____

Потпис и факсимил на лекар _____

Назив на здравствена установа _____

Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

На _____

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

Број на здравствена легитимација _____
Единствен здравствен број на осигуреникот _____

Единствен матичен број на осигуреникот _____

е утврден следниот радиодијагностички наод _____

Во _____ 20__ година

МП _____

Потпис и факсимил на лекар _____

Формат: А4

10. УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА-2 (ОБРАЗЕЦ РДУ-2)

Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист/субспецијалист за радиодијагностички услуги дефинирани во РДУ2 „проширен пакет на радиодијагностички услуги“ (КТ, МНР и други специфични радиодијагностички процедури).

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- вид на радиодијагностичка здравствена услуга(описно или со шифра)

По извршените радиодијагностички услуги лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот РДУ-2 , Извештај – радиодијагностички наод со следното:

- утврдениот радиодијагностички наод

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој ја извршил здравствената услуга и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа _____
Работна единица - Одделение _____
Број на лекарски дневник _____

ФЗОМ -Образец РДУ - 2

До _____

Назив на здравствена установа _____

Место _____

УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА - 2

Се упатува _____

Презиме, име на родител/старател и име _____

Адреса _____

Број на здравствена легитимација _____
Единствен здравствен број на осигуреникот _____

Единствен матичен број на осигуреникот _____

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Осигурување _____
Осигурување _____

Број на здравствен картон _____

За снимање на: _____

Во _____ 20__ година

МП _____

Потпис и факсимил на лекар _____

Назив на здравствена установа _____

Број на лекарски дневник _____

ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

На _____

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

Број на здравствена легитимација _____
Единствен здравствен број на осигуреникот _____

Единствен матичен број на осигуреникот _____

е утврден следниот радиодијагностички наод _____

Во _____ 20__ година

МП _____

Потпис и факсимил на лекар _____

Форма _____

11. УПАТ ЗА СЕРВИСНИ УСЛУГИ за хоспитализирани пациенти (ОБРАЗЕЦ УСУ)

Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист, кога го упатува осигуреното лице, кое е на стационарно лекување од една Јавна или приватна болничка здравствена установа за сервисни услуги (услуги кои не се изведуваат во установата) во друга Јавна или приватна болничка здравствена установа (општи, специјални, клинички болници и универзитетски клиники).

Овој образец се користи во здравствените установи за интерна евиденција и истиот не се доставува до Фондот за фактурирање на здравствените услуги.

Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

Име на болничка здравствена установа
Работна единица - Одделение
Број на лекарски дневник

ФЗОМ - Образец - УСУ

До

Име на болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

УПАТ ЗА СЕРВИСНИ УСЛУГИ (за хоспитализирани пациенти)

Се упатува на болничко лекување

Презиме, татково име 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

Осигурување

Број на здравствен картон

Сервисна услуга

Шифра

Со придружник - придружник не е потребен

Име на здравствена установа
Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

На

Презиме, татково име и име на осигуреното лице

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврдил следниот извод (дијагноза) и мислење

Упатство за натамошното лекување на осигуреното лице

Во 20. година

МП

Потпис и факсимил на лекар специјалист

Изготвил: Д-р Ана Петрова
Д-р Игор Неловски
Д-р Жаклина Крстевска
Д-р Петко Исјановски
Д-р Билјана Новеска-Петровска
Одобрил: М-р Татјана Лукановска

Директор
М-р Маја Парнарџиева-Змејкова

ВД Директор
М-р Виолета Петровска