ЈЗУ/ ПЗУ од болничка здравствена заштита
со склучен договор со Фондот

ФЗОМ Образец-КММР

_____
Назив на здравствена установа

_____
Одделение

_____
Место

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ

ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА КАКО ПРОДОЛЖЕНО БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Име и презиме_____
Адреса_____
ЕМБГ_____
ЕЗБО_____
Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација_____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза (латински назив на дијагноза)_____
и шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ_____.

Конзилијарното мислење се издава остварување на право од специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување со придружник - без придружник, во траење од _____дена.
Конзилијарното мислење е со важност согласно Правилникот за специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување.

Образложение
_____
_____
_____
_____

Директор

_____

Во _____ МП

Дата _____

Лекарски конзилиум

1. _____

2._____

3._____