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

ФЗОМ Образец-ПБЛ

_____
Назив на здравствена установа

_____
Одделение

_____
Место

ПОТВРДА ЗА БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

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_____
_____ и
шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ_____.

Потврдата се издава :
(Задолжително да се заокружува основот на издавање на Потврдата).

1) При незавршено болничко лекување
2) По завршување на болничкото лекување за кое се уште не е изготвено отпусно писмо,

Образложение_____
_____
_____.

Директор

_____

Одделенски лекар

_____

Во _____

МП

Дата _____