20232784880

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на членот 9 и членот 56 ставот 1 точката 14 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 91/2013, 187/2013, 43/2014, 44/2014, 97/2014, 112/2014, 113/2014, 188/2014, 20/2015, 61/2015, 98/2015, 129/2015, 150/2015, 154/2015, 192/2015, 217/2015, 27/2016, 37/2016, 120/2016, 142/2016 и 171/2017 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 275/2019, 77/2021, 285/2021 и 60/2023) и членот 112 од Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 18/2015, 64/2015, 96/2015, 125/2015, 191/2015, 187/2016, 146/2018 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ број 44/2019, 198/2019, 63/2020, 202/2020, 303/2020, 217/2021, 276/2022 и 179/2023), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија, на седницата одржана на 18 декември 2023 година, донесе

ОДЛУКА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

Член 1

Со оваа одлука се утврдуваат обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување, и тоа:

1. Пријава/одјава/промена за задолжително здравствено осигурување (Образец ЗО1);
2. Барање за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали или санитетски потрошни материјали (Образец Р1);
3. Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови (Образец Р2);
4. Барање за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци (Образец Р3);
5. Барање за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала (Образец Р4);
6. Барање за ослободување од партиципација (Образец П1);
7. Барање за право на специјализирана медицинска рехабилитација (Образец МР1);
8. Барање за надомест (рефундација на средства) за пружени услуги во специјалистичко–консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување (Образец НП);
9. Барање за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување (Образец ИСМР);
10. Барање за надомест на средства за извршени здравствени услуги за дијализа во странство (Образец ДС);
11. Барање за надомест на плата поради болест/нега (Образец Н1);
12. Барање за надомест на плата поради бременост и раѓање (Образец Н2);
13. Барање за надомест на плата поради повреда на работа/професионална болест (Образец Н3);

14. Барање за надомест на плата поради бременост и раѓање во висина од 50 % од утврдениот надомест поради враќање на работа (Образец Н4);

15. Барање за надомест на плата поради отсуство од работа за родителство на таткото/посвоителот на дете (Образец Н5);

16. Изјава за избор/промена на лекар (Образец ИЛ1);

17. Предлог за оцена на привремена спреченост за работа над 15 дена (Образец ПСР);

18. Извештај за привремена спреченост за работа (Образец ИСР);

19. Рецепт за пропишување лек;

20. Рецепт за пропишување лек за странски осигуреник;

21.Упат за специјалистички/супспецијалистички/интерспецијалистички преглед - „ФЗОРСМ - Образец СУ“;

22.Извештај од специјалистички/супспецијалистички/интерспецијалистички преглед – „ФЗОРСМ – Образец СИ“;

23. Болнички упат - „ФЗОРСМ – Образец БУ“;

24. Упат за трансфер на хоспитализиран пациент - „ФЗОРСМ – Образец ТХ“;

25. Лабораториски упат 2 - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ2“;

26. Отпусно писмо - „ФЗОРСМ – Образец ОП“;

27. Лабораториски упат 1-а - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-а“;

28. Лабораториски упат 1-б - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-б“;

29. Лабораториски упат 1-в - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-в“;

30. Извештај – Лабораториски наод - „ФЗОРСМ – Образец ИЛУ“;

31. Упат за радиодијагностика - „ФЗОРСМ – Образец РДУ“;

32. Извештај – радиодијагностички наод - „ФЗОРСМ – Образец ИРДУ“;

33. Упат за интерни испитувања – „ФЗОРСМ – Образец УИИ“;

34. Упат за сервисни услуги – „ФЗОРСМ – Образец УСУ“;

35. Барање за обдукција - „ФЗОРСМ – Образец БО“;

36. Извештај од дежурна служба - „ФЗОМ – Образец ДС“;

37. Извештај од итна медицинска помош - „ФЗОРСМ – Образец ИИМП“;

38. Извештај од рурален доктор - „ФЗОРСМ – Образец ИРЛЗД“;

39. Наод за обдукција - „ФЗОРСМ – Образец НО“;

40. Извештај од домашно лекување - „ФЗОРСМ – Образец ИДЛ“;

41. Конзилијарно мислење за упатување за здравствени услуги - пет-кт скен – „ФЗОРСМ Образец КМПЕТ“;

42. Лабораториски упат 1-п – „ФЗОРСМ - Образец ЛУ1-п“.

Член 2

Со оваа одлука се утврдуваат и обрасци согласно член 1 став 3, член 2 став 2 и член 6 став 1 и 2 од Законот за употреба на јазиците („Службен весник на Република С. Македонија“ број 7/2019) , и тоа:

1. Пријава/Одјава/Промена за задолжително здравствено осигурување (Образец ЗО1);

2. Барање за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита (Образец Р1);

3. Барање за надомест (рефундација на средства) за лекови (Образец Р2);

4. Барање за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци (Образец Р3);

5. Барање за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала (Образец Р4);

6. Барање за ослободување од партиципација (Образец П1);

7. Барање за право на специјализирана медицинска рехабилитација (Образец МР1);

8. Барање за надомест (рефундација на средства) за пружени услуги во специјалистичко–консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување (Образец НП);

9. Барање за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување (Образец ИСМР);

10. Барање за надомест на средства за извршени здравствени услуги за дијализа во странство (Образец ДС);

11. Барање за надомест на плата поради болест/нега (Образец Н1);

12. Барање за надомест на плата поради бременост и раѓање (Образец Н2);

13. Барање за надомест на плата поради повреда на работа/професионална болест (Образец Н3);

14. Барање за надомест на плата поради бременост и раѓање во висина од 50 % од утврдениот надомест поради враќање на работа (Образец Н4);

15. Барање за надомест на плата поради отсуство од работа за родителство на таткото/посвоителот на дете (Образец Н5);

16. Изјава за избор/промена на лекар (Образец ИЛ1);

17. Предлог за оцена на привремена спреченост за работа над 15 дена (Образец ПСР);

18. Извештај за привремена спреченост за работа (Образец ИСР);

19. Рецепт за пропишување лек;

20. Рецепт за пропишување лек за странски осигуреник;

21.Упат за специјалистички/супспецијалистички/интерспецијалистички преглед - „ФЗОРСМ - Образец СУ“;

22. Извештај специјалистички/супспецијалистички/интерспецијалистички преглед – „ФЗОРСМ – Образец СИ“/ “FSSHRMV – Formulari SI”;

23. Болнички упат - „ФЗОРСМ – Образец БУ“;

24. Упат за трансфер на хоспитализиран пациент - „ФЗОРСМ – Образец ТХ“;

25. Лабораториски упат 2 - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ2“;

26. Отпусно писмо - „ФЗОРСМ – Образец ОП“;

27. Лабораториски упат 1-а - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-а“;

28. Лабораториски упат 1-б - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-б“;

29. Лабораториски упат 1-в - „ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-в“;

30. Извештај – Лабораториски наод - „ФЗОРСМ – Образец ИЛУ“;

31. Упат за радиодијагностика - „ФЗОРСМ – Образец РДУ“;

32. Извештај – радиодијагностички наод - „ФЗОРСМ – Образец ИРДУ“;

33. Упат за интерни испитувања – „ФЗОРСМ – Образец УИИ“;

34. Упат за сервисни услуги – „ФЗОРСМ – Образец УСУ“;

35. Барање за обдукција - „ФЗОРСМ – Образец БО“;

36. Извештај од дежурна служба - „ФЗОМ – Образец ДС“;

37. Извештај од итна медицинска помош - „ФЗОРСМ – Образец ИИМП“/

38. Извештај од рурален доктор - „ФЗОРСМ – Образец ИРЛЗД“;

39. Наод за обдукција - „ФЗОРСМ – Образец НО“;

40. Извештај од домашно лекување - „ФЗОРСМ – Образец ИДЛ“;

41. Конзилијарно мислење за упатување за здравствени услуги - пет-кт скен – „ФЗОРСМ Образец КМПЕТ“;

42. Лабораториски упат 1-п – „ФЗОРСМ - Образец ЛУ1-п“.

Член 4

Обрасците од членот 1 и членот 2 се дадени во прилог на оваа одлука и се нејзин составен дел.

Член 5

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Северна Македонија“.

На денот на влегувањето во сила на оваа одлука престанува да важи Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на РМ“ број 133/2011, 5/2012, 29/2012, 79/2012, 57/2013, 64/2013, 88/2013, 105/2013, 119/2013, 138/2013, 145/2013, 165/2013, 34/2014, 138/2014, 141/2014, 11/2015, 76/2015, 96/2015 и 200/2018 и „Службен весник на Република Северна Македонија“ бр. 44/2019, 70/2019, 83/2020, 303/2020, 17/2021, 175/2022 и 179/2023).

Бр. 02-23570/8
19 декември 2023 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
д-р **Fadil Cana,** с.р.

ФЗОРСМ-Образец ЗО-1

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

ПРИЈАВА / ОДЈАВА / ПРОМЕНА (ЗО-1)

ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

1. Регистерски број | 2. Даночен број | 3. Матичен број

4. Назив

5. Адреса (улица и број)

6. Шифра на дејност | 7. e-mail: | 8. Седиште

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

9. Број на здравствена легитимација (- - 0 0) | 10. Основ на осиг. | 11. Единствен матичен број (EMBG)

12. Презиме, име на родител/старател и име

13. Адреса од исправа (улица и број) | 14. Населено место | 15. Општина

16. Адреса на живеење (улица и број) | 17. Населено место | 18. Општина

19. Место на раѓање | 20. Држава на раѓање

21. Пријавен кај повеќе работодавачи? **да** **не** | 22. Работни часови | 23. Подрачна служба | 24. Степен на стручна спрема (1 2 3 4 5 6 7 8)

25. Датум на стапување во осиг. | 26. Единствен здравствен број на осигуреник | 27. Датум на одјава од осиг.

3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ

28. Ред. Број | 29. Презиме, име на родител/старател и име | 30. Сродство

31. Единствен матичен број (ЕМБГ) | 32. Единствен здравствен број на осигуреник (ЕЗБО)

33. Место на раѓање | 34. Датум на стапување во осиг. | 35. Датум на одјава од осиг.

36. Место на живеење | 37. Адреса на живеење

28. Ред. Број | 29. Презиме, име на родител/старател и име | 30. Сродство

31. Единствен матичен број (ЕМБГ) | 32. Единствен здравствен број на осигуреник

33. Место на раѓање | 34. Датум на стапување во осиг. | 35. Датум на одјава од осиг.

36. Место на живеење | 37. Адреса на живеење (улица и број)

СО ПОПОЛНУВАЊЕ НА ОВА БАРАЊЕ СЕ СОГЛАСУВАМ МОИТЕ ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ И ПОДАТОЦИТЕ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА МОЕТО СЕМЕЈСТВО ДА СЕ КОРИСТАТ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИСТИТЕ ДА СЕ КОРИСТАТ СОГЛАСНО ПРОПИСИТЕ ЗА ЗАКОНОТ ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Подрачна служба (примил) _____ Датум на поднесување _____ **МП** Подносител на пријавата _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање P1

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за медицински потрошен материјал и/или вградени материјали за време на лекување во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита

Од осигуреникот _____(за член на семејство)_____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон/telefoni _____.

Број на здравствена легитимација	___ - _____ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за набавени со сопствени средства медицински потрошни материјали и/или вградени материјали за време на лекувањето во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита.

Кон барањето ја приложувам следната документација:
1. Специјалистички извештај/Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОРСМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.
Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____
_____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање P2

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација) на средства за лекови

Од осигуреникот _____(за член на семејство)_____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон_____.

Број на здравствена легитимација	___ - _____ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија–Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето, да ми ги надомести средствата потрошени за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

А.	**За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)**
1.	Рецепт, на рецептен образец утврден од страна на ФЗОРСМ, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со *Одлуката за скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита*;
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки со кои ФЗОРСМ има склучено договор, со исклучок за оние населени места со помалку од три различни аптеки, каде бројот на потврдите може да биде помал од три;
4.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОРСМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;

5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
А1.	**За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)**
1.	Рецепт, на рецептен образец пропишан согласно Правилникот за начинот на пропишување и издавање на лекови на рецепт донесен од Министерството за здравство, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со *Одлуката за скапи лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита*;
3.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОРСМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;
4.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
А2.	**За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОРСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена**
1.	Налог или рецепт со пропишана терапија со потврда за апликација на лекот од здравствена установа со која Фондот има склучено договор;
2.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија;
3.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
Б.	**За лекови за болничка здравствена заштита** **Për barna të kujdesit shëndetësor spitalor**
1.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, со назначена терапија, која осигуреното лице ја набавило со сопствени средства;
2.	Конзилијарно мислење, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
3.	Потврда за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, кој треба да содржи: -во периодот на хоспитализација-датум/период на паликација, факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа; -вон периодот на хоспитализација-датум/период на апликација, потпис на осигуреното лице, потпис и факсимил на лекарот и печат на здравствената установа.

4.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање;
5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
В.	**За лекови набавени со соопствени средства на осигуреното лице од странски земји**
1.	Документација наведена во точка А.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување).
2.	Документација наведена во точка А1.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување).
3.	Документација наведена во точка А2.-За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОРСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена.
4.	Документација наведена во точка Б.-За лекови за болничка здравствена заштита
5.	За точките 1, 2, 3 и 4 фискалната сметка или фактурата со доказот за плаќање, треба да бидат преведени на македонски јазик од овластен судски преведувач.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање Р3

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци

Од осигуреникот _____(за член на семејство)_____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - _____ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на надомест на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствената установа _____, во_____, надвор од местото на живеење во периодот од _____ до _____ година .

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствената установа, која има склучен договор со ФЗОРСМ, каде се извршени здравствените услуги;
2. Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____ _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање P4

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за ортопедски и други помагала

Од осигуреникот _____(за член на семејство)_____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или)Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми ги надомести средствата потрошени за набавени ортопедски и други помагала од Списокот на ортопедски и други помагала.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Потврда за потреба од ортопедско помагало (соодветна за помагалото), заверена во Подрачната служба во која е осигурен осигуреникот носител на осигурувањето;
2. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање на ортопедското или друго помагало и
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____ _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **П1**

БАРАЊЕ
за ослободување од партиципација

Од осигуреникот _____ (за член на семејство _____) од населено место_____ Ул._____ бр. _____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - _____ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ме ослободи од натамошно учество во трошоците на здравствени услуги (односно да ми се врати повеќе платеното учество).

Кон барањето ја приложувам следната документација *(да се заокружи)*:

1. Потврда/и за наплатено учество (партиципација) во цената на здравствените услуги од здравствената/ите установа/и;
2. Отпусно писмо од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор за услугата;
3. Спецификација/и (пресметка/и) со фискална/и сметка/и за извршени здравствени услуги од соодветната/ите здравствена/и установа/и;
4. Годишна даночна пријава за утврдување на персонален данок на доход – образец ПДД-ГДП за носителот на здравственото осигурување и членовите на семејството (копја со приемен печат од Управата за јавни приходи)/Уверение за остварени приходи во претходната година од Управата за јавни приходи;
5. Извод на родени за деца од 1-5 години (копија)1 ;
6. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

[1] Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОРСМ ќе го обезбеди по службена должност.

Го овластувам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија да ги искористи дадените податоци во барањето и во мое име да го побара документот

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање MP1

БАРАЊЕ

за право на специјализирана медицинска рехабилитација

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - _____ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во здравствената установа _____.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа, со која ФЗОРСМ има склучен договор, каде е извршено болничкото лекување, односно специјалистички извештај од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко, односно амбулантско лекување, ако се работи за церебрална парализа кај деца до 14 годишна возраст;
2. Конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
3. Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија[1)].

[1)] *За осигурениците надвор од Скопје ФЗОРСМ по службена должност го обезбедува документот.*

Напомена: Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија. Медицинската рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението на ФЗОРСМ.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____ _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање НП

БАРАЊЕ

за надомест (рефундација на средства) за пружени здравствени услуги во специјалистичко - консултативна и болничка здравствена заштита врз основа на платен придонес за здравствено осигурување

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или)Единствен здравствен број на осигуреникот	_____ _____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____ _____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести трошоците направени за пружени здравствени услуги во специјалистичко-консултативна и болничка здравствена заштита, платени со сопствени средства поради неплатен придонес за здравствено осигурување во периодот на нивното користење.

Кон барањето ја приложувам следната документација:
1. Извештај од специјалист/субспецијалист или Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОРСМ има склучено договор за извршената здравствена услуга;
2. Пресметка од здравствената установа која ја пружила здравствената услуга;
3. Фискална сметка во оригинал и копија или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот медицински потрошен материјал и/или вграден материјал и
4. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.
Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____
_____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање ИСМР

БАРАЊЕ

за право на надомест (рефундација на средства) за извршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување

Од осигуреникот _____ (за член на семејство) _____
од населено место _____ ул. _____ бр._____
телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ - ___ ___
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето, да ми ги надомести средствата за завршена специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување во здравствената установа _____ .

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Отпусно писмо за завршено болничко лекување;
2. Конзилијарно мислење на пропишан образец, со шифра на дијагноза по МКБ-10 или МКБ-10 АМ и латински назив на дијагнозата согласно Листата на индикации, издадено од ЈЗУ/ПЗУ од болничка здравствена заштита со склучен договор со Фондот, а каде осигуреното лице било на болничко лекување;
3. Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија[1)];
4. Потврда за болничко лекување (образец ПБЛ пропишан од Фондот како составен дел на Правилникот за остварување на право на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување), која го заменува отпусното писмо, во случај кога не е изготвено отпусно писмо, како и при незавршено болничко лекување;
5. Отпусно писмо за завршена специјализирана медицинска рехабилитација;
6. Пресметка за извршени здравствени услуги и
7. Фискална сметка во оргинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање за пружената здравствена услуга.

[1)] ***За осигурениците надвор од Скопје ФЗОРСМ по службена должност го обезбедува документот.***

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____

_____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **ДС**

БАРАЊЕ

за надомест на средства за извршени здравствени услуги за дијализа во странство

Од осигуреникот _____ (за член на семејство _____) од населено место_____ ул._____ бр._____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____ _____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____ _____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести направените трошоци за извршени здравствени услуги за дијализа за време на престојот во

_____
(се наведува здравствената установа, градот и државата)

во периодот од _____ *до* _____ *година.*

Кон барањето ја приложувам следната документација (да се заокружи):

1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги за дијализа во странство преведена од овластен преведувач;
2. Сметки/ фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги за дијализа преведени од овластен преведувач
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање H1

БАРАЊЕ
за надоместок на плата поради болест/нега

1. Од осигуреникот _____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ ___ ___ ___ ___ ___ - ___ ___
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Вработен во	
Број на трансакциска сметка	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___

2. Од овластено лице

_____

со e-mail адреса

_____

Единствен здравствен број на овластеното лице	___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___ ___
Назив на фирмата	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време ва привремена спреченост за работа поради _____
_____.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):
1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија[1)];
3. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
4. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

[1)] *само за издадени наод, оценка и мислење од лекарската комисија за период пред 2014 година.*

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____ _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање Н2

БАРАЊЕ
за надоместок на плата поради бременост и раѓање

1. Од осигуреникот _____
(за сопруг _____)
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____ и е-маил адреса _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	_____

2. Од овластено лице

_____

со e-mail адреса _____

Единствен здравствен број на овластеното лице	_____
Назив на фирмата	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на одсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство).

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):
1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСР од избран лекар;
2. Извод од книгата на родените за детето (копие)[1];
3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете)[2];
4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
5. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

[1, 2] ***Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОРСМ ќе го обезбеди по службена должност.***

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____

_____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање Н3

БАРАЊЕ
за надоместок на плата поради повреда на работа/професионална болест

1. Од осигуреникот_____
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____ и e-mail адреса _____.

Број на здравствена легитимација	☐☐☐-☐☐☐☐☐☐-☐☐
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Вработен во	
Број на трансакциска сметка	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

2. Од овластено лице

_____

со e-mail адреса

_____

Единствен здравствен број на овластеното лице	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
Назив на фирмата	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради повреда на работа/професионална болест.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):
1. Извештај за привремена спреченост за работа- Образец ИСР од избран лекар;
2. Наод, оценка и мислење од лекарската комисија[1)];
3. Наод, оценка и мислење од лекарска комисија за утврдување на повреда на работа/професионална болест [1)];
4. Записник од Државен инспекторат за труд за утврдување на повреда на работа;
5. Повредна листа – ЕТ8 образец;
6. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и состојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
7. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

[1)] *за осигурениците надвор од Скопје ФЗОРСМ по службена должност го обезбедува документот.*

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____ _____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање Н4

БАРАЊЕ

за надоместок на плата поради бременост и раѓање во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа

1. Од осигуреникот _____
(за сопруг _____)
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____ и е-маил адреса _____.

Број на здравствена легитимација	- -
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	

2. Од овластено лице _____
со e-mail адреса _____

Единствен здравствен број на овластеното лице	
Назив на фирмата	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство) во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа, а согласно одредбите од Законот за работните односи.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):
1. Изјава од осигуреничката за враќање на работа;
2. Потврда од работодавецот дека осигуреничката се враќа на работа пред истекот на спреченоста за работа поради бременост и родителство;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето,

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____
_____

Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање Н5

БАРАЊЕ

за надоместок на плата поради отсуство од работа за родителство на таткото/посвоителот на детето

1. Од осигуреникот _____
(за сопруг _____)
од населено место _____ ул. _____
бр._____
телефон _____ и е-маил адреса _____.

Број на здравствена легитимација	___ - ___ - __
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	
Број на трансакциска сметка	_____

2. Од овластено лице

_____

со e-mail адреса

_____

Единствен здравствен број на овластеното лице	_____
Назив на фирмата	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на отсуство од работа за родителство на таткото/посвоителот на детето.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):
1. Извештај за привремена спреченост за работа- Образец ИСР од избран лекар;
2. Извод од книгата на родените за детето (копие)[1] ;
3. Решение за адаптација - посвојување од Центар за социјални работи за посвоено дете (само за посвоено дете)[2] ;
4. Изјава заверена на нотар за трансакциските сметки на правното лице и копија од изводи за промет и сотојба на трансакциските сметки (само за правно лице со еден вработен);
5. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

[1, 2] Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОРСМ ќе го обезбеди по службена должност.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: Подносител на барањето:

_____

_____

ИЛ1

ФЗОРСМ FSSHRMV

ИЗЈАВА ЗА ИЗБОР ПРОМЕНА НА ЛЕКАР

1 – Општа медицина

2 – Гинекологија

3 – Општа стоматологија

ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА

(шифра на здравствената установа) _____ (шифра на работната единица) _____

(назив на здравствената установа) _____

ОСИГУРЕНО ЛИЦЕ

(единствен матичен број на граѓанинот) _____ _____

(број на здравствена легитимација) _____

(единствен здравствен број на осигуреникот) _____

(презиме) _____

(име) _____

(улица) _____

пошта _____ МЕСТО _____

Дата на избор _____

ИЗЈАВУВАМ ДЕКА Е:

a) мој лекар b) Лекар на моето дете

презиме на лекарот _____

име на лекарот _____

Шифра на лекарот _____ .

ИЗЈАВА ЗА ПРЕСТАНОК НА ИЗБОРОТ

причина за престанок _____

Барањето за престанок го дал:

a) лекарот b) Осигуреникот/осигуреното лице

Дата на престанокот _____

Потпис на осигуреник/осигурено лице _____

ФЗОРСМ-Образец -ПСР

Здравствена устанпва

Работна единица
Бр.на лекарски дневник

ДО

ПРВОСТЕПЕНА/ВТОРОСТЕПЕНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА НА ФОНДОТ

ПРЕДЛОГ

ЗА ОЦЕНА НА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА

Презиме, име на рпдител /старател и име на псигуреникпт

Адреса

|_|_|_|_| - |_|_|_|_|_|_|_|_| - |0|0|

Број на здравствена легитимација

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Единствен матичен број

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Единствен здравствен број на осигуреникот

|_|_|

Основ на осигурување

|_|_|_|_|_|_|_|

Број на здравствен картон

Вработен во ______________________ Од ______________

Назив на обврзникот за уплата на придонес Дата

Прв ден на спреченост на работа

Анамнеза

Сегашна здравствена состојба на болниот, статус и наод од доктор специјалист, останати наоди: ....

....

....

1. Лабораториски наоди
2. РТГ
3 Извештај од специјалист

4. Конзилијарно мислење
5. Отпусно писмо
6.
7.

Дијагноза .... |_|_|_|_|_|_|_|

Мислење на избраниот лекар ....

....

Во .... на 20__ година **МП** Потпис и факсимил на избраниот лекар

ФЗОРСМ-Образец ИСР

И З В Е Ш Т А Ј

за привремена спреченост за работа

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

Презиме, име на родител/старател и име

Единствен здравствен број на осигуреникот

Адреса

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

Назив

Регистарски број

ЕМБС

3. ПОДАТОЦИ ЗА СПРЕЧЕНОСТА, ОДНОСНО ОТСУСТВО ЗА РАБОТА

Дијагноза

Почетна шифра

Крајна шифра

Дата на спреченост за работа

Од

До

Прв ден на спреченост за работа

Времетраење на болничко лекување

Од

До

3. ПРИЧИНА ЗА СПРЕЧЕНОСТА, ОДНОСНО ОТСУСТВО ЗА РАБОТА

0 1	Болест и повреда надвор од работа
0 2	Повреда на работа и професионална болест
0 3	Лекување и медицинско испитување
0 4	Негување на болно дете до тригодишна возраст
0 5	Негување на болен член на потесно семејство над тригодишна возраст
0 6	Неоходно придруж. на болно лице упатено на преглед или лекување надвор од местото на живеење
0 7	Неопходно придружување на болно дете до тригодишна возраст додека е на болничко лекување
0 8	Доброволно давање на крв, ткиво или орган
0 9	Изолираност заради спречување на зараза
1 0	Бременост, раѓање и мајчинство

Дали повредата е предизвикана од трето лице Да Не

Дали е рецидив Да Не

Причина за повреда на работа

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Образец РО1

РЕЦЕПТ Бр. ________________

Подрачна служба ________________

Име и презиме ________________

Адреса ________________

ЕМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЕЗБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Основ на осигурување |_|_|_|

Податоци за носителот на осигурување

Име и презиме ________________

ЕМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЕЗБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Алергии/состојби ________________

Број на препорака: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Датум на препорака: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на факсимил на специјалист / суспецијалист / конзилиум |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|

Н☐ А☐ Х☐ |_|_|_|_|_|_| МКБ шифра на дијагноза

Rp.

Генеричко име (INN), форма и јачина на лек:

Количина на лек:

Сигнатура:

Времетраење на терапија (денови):

М.П.

датум на пропишување | датум на важност од (за хронична терапија) | факсимил и потпис на лекар

Шифра на дежурна лекарска служба |_|_|_|_|_|_| Шифра на рурална служба |_|_|_|_|_|_|

Шифра на издаден лек |_|_|_|_|_|_| Шифра на аптека - организациона единица |_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на парчиња на лекот |_|_|_| Број на спецификација |_|_|_|_|_|_|

Пакување |_| Реден број на рецептот во спецификација |_|_|_|_|_|_|

М.П.

датум на издавање на лекот | шифра и потпис на фармацевтскиот техничар | факсимил и потпис на фармацевтот

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА

Образец РО2

РЕЦЕПТ Бр. ________________

ЗА СТРАНСКИ ОСИГУРЕНИК

Подрачна служба ________________

Име и презиме ________________

Адреса ________________

Број на здравствено осигур. / идентификација |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на Сертификат / ЕНІС |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Држава ________________ Датум на раѓање |_|_|_|_|_|_|_|_|

Податоци за носителот на осигурување:

Име и презиме ________________

Број на здравствено осигур. / идентификација |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Алергии/состојби ________________

Број на препорака: |_|_|_|_|_|_|_|_|_| Датум на препорака: |_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на факсимил на специјалист / суспецијалист / конзилиум |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|_|_|

Н☐ А☐ Х☐ |_|_|_|_|_|_| МБК шифра на дијагноза

Rp.

Генеричко име (INN), форма и јачина на лек:

Количина на лек:

Сигнатура:

Времетраење на терапија (денови):

М.П.

датум на пропишување | датум на важност од (за хронична терапија) | факсимил и потпис на лекар

Шифра на дежурна лекарска служба |_|_|_|_|_|_| Шифра на рурална служба |_|_|_|_|_|_|

Шифра на издаден лек |_|_|_|_|_|_| Шифра на аптека – организациона единица |_|_|_|_|_|_|_|_|

Број на парчиња на лекот |_|_|_| Број на спецификација |_|_|_|_|_|_|

Пакување |_| Реден број на рецептот во спецификација |_|_|_|_|_|_|

М.П.

датум на издавање на лекот | шифра и потпис на фармацевтскиот техничар | факсимил и потпис на фармацевтот

ФЗОРСМ – Образец СУ

УПАТ БР.		Р	И	Б

ТЕРМИН: (датум и час)	

УПАТУВА:

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ДО:

Здравствена установа

Специјалност

Лекар/апарат/амбуланта

Факсимил

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Град и држава на осигурување		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	

УПАТ ЗА

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ СУПСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	1	Специјалист / супспецијалист		
	2	Дијагностичка лабораторија		
	3	Дијагностичка процедура		

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис	

Датум на издавање на упатот: _____

Име и презиме на лекар _____

Факсимил _____

М.П.

Доаѓање на преглед:

1) За преглед во одреден термин: Потребно е да се пријавите на шалтер 15-30 минути пред терминот за преглед
2) Упатот со ознака И (итен случај) важи 24 часа од моментот на издавање
3) Пациентот со упат со ознака Б (без термин) може да биде прегледан во наредните 7 дена од денот на издавање на истиот, и тоа по завршувањето на прегледите со термин

Откажување на преглед:

Откажувањето на прегледот треба да биде најмалку 24 часа пред терминот за преглед. Прегледот може да се откаже на следниот начин:

1) Со испраќање на смс порака на бројот 144194. Содржина на пораката е бројот на електронскиот упат
2) На телефонскиот број (02) 15 444 (секој работен ден од 09.00 до 16.00 часот)

ФЗОРСМ – Образец СИ

УПАТ БР.	

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ИЗВЕШТАЈ

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ СУПСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	1	Специјалист / супспецијалист	
	1А	Избран лекар гинеколог	
	2	Дијагностичка лабораторија	
	3	Дијагностичка процедура	

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза и наод:	Опис			
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење		Поз.листа (Д/Н)
Упатство за понатамошно лекување	Опис			
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење		Поз.листа (Д/Н)
	Шема:			
Препораки:	Боледување	Контролен преглед	Ортопедско помагало	Конзилиум
	Денови, месеци	Денови, месеци	Шифра	Лек,болед.,орт.пом.,рехаб., лекув во странство

Датум на извештај: _____ Лекар Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по извршениот специјалистичко – консултативен прегледво здравствената установа од секундарно или терциерно ниво да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување

ФЗОРСМ – Образец БУ

УПАТ БР.		Р	И	Д

УПАТУВА:	**ДО:**
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Специјалност	Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

БОЛНИЧКИ УПАТ

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки:	Опис
Хируршка интервенција:	Избор од листа Лекар Термин: Ќе бидете известени по телефон
Придружник	ДА (доколку е потребен) / НЕ (доколку не е потребен)

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: Име и презиме

Факсимил

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ТХ

УПАТ БР.	

УПАТУВА:	**ДО:**
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Болнички оддел	Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса и место на живеење			
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА
ТРАНСФЕР НА ХОСПИТАЛИЗИРАН ПАЦИЕНТ

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки:	Опис
Придружник	ДА (доколку е потребен) / НЕ (доколку не е потребен)

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: Име и презиме

Факсимил

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ЛУ2

УПАТ БР.	

УПАТУВА:	**ДО:**
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Специјалност	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 2

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Услуги	Вид на здравствена услуга -лабораториска анализа

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар (Спец./Супспец.) кој го издава упатот: Име и презиме _____ Факсимил _____

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ОП

УПАТ БР.	

Здравствена установа

Место, Општина

Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ОТПУСНО ПИСМО

Датум и време на прием	Датум Време	Датум и време на испис	Датум Време	**Историја број** Број

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10				
Придружни дијагнози	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10
Кратка анамнеза, наод и мислење:	Опис/ Види прилог					
Примена терапија	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење			Поз.листа (Д/Н)	
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење			Поз.листа (Д/Н)	
	Шема:					

Препораки	Боледување	Контролен преглед	Продолжување на хоспит./Трансфер	Ортопедско помагало	Конзилиум
	Денови, месеци	Денови, месеци	Да/Не	шифра	Лек, болед., орт.пом., рехаб., лекување во странство
Препораки за пациентот	Опис				
Хистопатолошки наод					

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар: Име и презиме

Факсимил

Раководител: Име и презиме

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 5 дена по отпустот о болничко лекување да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување (издавање боледување, лекови на рецепт и др.)

ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-а

УПАТ БР.	

УПАТУВА:

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ДО:

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБАРАТОРИСКИ УПАТ 1-а

Дијагноза	Шифра по МКБ 10	Опис

Избор	*Р.бр*	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
	1	2	3	4	5
	1	**БА2**			**ХЕМАТОЛОШКИ СТАТУС**
			БА2/1		Седиментација на еритроцити
			БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
				1.	Хемоглобин
				2.	Еритроцити
				3.	Леукоцити
				4.	Тромбоцити
				5.	Хематокрит
				6.	Диференцијална крвна слика
				7.	Неутрофили
				8.	Линфоцити
				9.	Еозинофили
				10.	Моноцити
	2	**БА13**			**УРИНАРЕН СТАТУС со седимент**
				1.	pH
				2.	Специфична тежина
				3.	Белковини
				4.	Глукоза во урина
				5.	Кетони
				6.	Седимент на урина
				7.	Уробилиноген
	3	**БА4**			**ГЛУЦИДЕН СТАТУС**
			БА4/1	1.	Глукоза во серум (Гликемија)
	4	**БА10**			**ЛИПИДЕН СТАТУС**
			БА10/3	1.	Вкупен холестерол
			БА10/2	2.	Триглицериди
	5	**БА5**			**ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ**
			БА5/1	1	Уреа во серум
			БА5/3	2	Креатинин во серум
	6	**БА7**			**ЕНЗИМСКИ СТАТУС**
			БА7/8	1	AST - Аспартат аминотрансфераза
			БА7/9	2	ALT Аланин аминотрансфераза
	7	**БА8**			**ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум**
			БА8/8	1	Железо (Fe)
	8	**БА16**			**IV. Тест за бременост**
			БА16/3	1.	Тест за бременост **б-HCG во серум**

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

ФЗОРСМ - Образец ЛУ1-б

УПАТ БР.

УПАТУВА:	ДО:
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Избран лекар	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-б					
Дијагноза		Шифра ло МКБ 10		Опис	
Избор	Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
	1	2	3	4	5
	1	БА16			СЕРУМСКИ ТУМОРСКИ МАРКЕРИ
			БА16/11	1.	PSA

Датум на издавање на упатот:

Лекар кој го издава упатот

Име и Презиме

Факсммил

М.П.

Наломена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнување на резултатите да го посети избранот лекар со медицинската документацмја, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

Упатот ЛУ1 б го издава избран лекар од дејноста општа медицина и содржи биохемиски лабораторискм услуги за PSA (тумор маркер за простата).

Ова биохемиско лабораториско испитување може да го врши само биохемиска лабораторија каде носител на дејност е лекар - специјалист по медицинска

ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-в

УПАТ БР.	

УПАТУВА:	**ДО:**
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Специјалност	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-в

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Услуги	Вид на здравствена услуга -лабораториска анализа за хормонски статус и тумор маркери

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар (Спец./Супспец.) кој го издава упатот: Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:
Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.
Упатот ЛУ1-в го издава избран гинеколог и содржи биохемиски лабораториски услуги за утврдување на хормонски статус и тумор маркери.
Овие биохемиски лабораториски испитувања може да ги врши само биохемиска лабораторија каде носител на дејност е лекар специјалист по медицинска биохемија.

ФЗОРСМ – Образец ИЛУ

УПАТ БР.	

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

Датум на прием на материјалот	

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ИЗВЕШТАЈ – ЛАБАРАТОРИСКИ НАОД

Лабараториски наод	Опис / Прилог Принт листа

Датум на извештај _____

Лекар/Фармацевт/здравствен соработник Име и презиме

Факсимил

М.П.

ФЗОРСМ – Образец РДУ

УПАТ БР.		Р	И	Б

ТЕРМИН: (датум и час)	

УПАТУВА:

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ДО:

Здравствена установа

Специјалност

Категорија

Апарат

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

РАДИОДИЈАГНОСТИКА	1	Радиодијагностика – 1 “(избран лекар)“
	2	Радиодијагностика – 2 “(специјалист/супспецијалист) “

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис какво снимање се бара и на кој дел од телото	
Услуга:	Се избира од листа на услуги	
Претходни наоди за извршени прегледи, дијагностики и терапевтски постапки	Шифра по МКБ 10	
	Опис	

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: Име и презиме

Факсимил

М.П.

Доаѓање на преглед:

1) За преглед во одреден термин: Потребно е да се пријавите на шалтер 15-30 минути пред терминот за преглед
2) Упатот со ознака И (итен случај) важи 24 часа од моментот на издавање
3) Пациентот со упат со ознака Б (без термин) може да биде прегледан во наредните 7 дена од денот на издавање на истиот, и тоа по завршувањето на прегледите со термин

Откажување на преглед:

Откажувањето на прегледот треба да биде најмалку 24 часа пред терминот за преглед. Прегледот може да се откаже на следниот начин:

1) Со испраќање на смс порака на бројот 144194. Содржина на пораката е бројот на електронскиот упат
2) На телефонскиот број (02) 15 444 (секој работен ден од 09.00 до 16.00 часот)

ФЗОРСМ – Образец ИРДУ

УПАТ БР.	

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

Датум на извршена дијагностика	Датум

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ИЗВЕШТАЈ -РАДИДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Радиодијагностички наод	Опис/Прилог Принт лита

Датум на извештај: _____ Лекар: Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: за УПАТ за радиодијагностика – 1, Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување

ФЗОРСМ – Образец УИИ

УПАТ БР.		Р	Б

ТЕРМИН: (датум и час)	

УПАТУВА:

Здравствена установа

Место, Општина

Болнички оддел

Датум на прием

ДО:

Здравствена установа

Место, Општина

Лекар/Апарат/Лабораторија/Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

ИНТЕРНИ ИСПИТУВАЊА	1	Специјалист / супспецијалист
	2	Дијагностичка лабораторија
	3	Дијагностичка процедура
	4	Лабараториски упат
	5	Радиодијагностика
	6	Интер – одделенски трансфер

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис (за лабараторија или радиодијагностика се избираат услуги)

Датум на издавање на упатот:

Лекар кој го издава упатот

Име и презиме

Факсимил

М.П.

НАПОМЕНА: Упатот важи до исписот на пациентот

ФЗОРСМ – Образец УСУ

УПАТ БР.		Р	Б

ТЕРМИН: (датум и час)	

УПАТУВА:

Здравствена установа

Место, Општина

Болнички оддел

Датум на прием

ДО:

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

Лекар/Апарат/Лабораторија

Факсимил

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

СЕРВИСНИ УСЛУГИ		
	1	Специјалист / супспецијалист
	2	Дијагностичка лабораторија
	3	Дијагностичка процедура
	4	Лабараториски упат
	5	Радиодијагностика

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис (за лабараторија или радиодијагностика се избираат услуги)

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: Име и презиме

Факсимил

М.П.

НАПОМЕНА: Упатот важи се додека пациентот е на болничко лекување

ФЗОРСМ – Образец БО

БАРАЊЕ БР.	

УПАТУВА:

Здравствена установа

Место, Општина

ДО:

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПОЧИНАТОТО ЛИЦЕ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

БАРАЊЕ ЗА ОБДУКЦИЈА

Датум и време на смрт	Датум Време
Клиничка дијагноза	Шифра по МКБ 10 Опис на дијагноза
Епикриза:	(Да се внесат само позитивните клинички и лабаратториски наоди од анамнеза, лабараториски и други испитувања)

Датум на издавање на барањето: _____

Лекар кој го издава барањето: Име и презиме _____ Факсимил _____

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ДС

БРОЈ	

Здравствена установа

Место, Општина

Факсимил – Дежурна служба

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ИЗВЕШТАЈ ДЕЖУРНА СЛУЖБА

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10				
Анамнеза и наод:	Опис					
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење			Поз.листа (Д/Н)	
Издадени рецепти	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт
Упатство за понатамошно лекување	Опис					
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење			Поз.листа (Д/Н)	
	Шема:					

Датум на извештај: _____ Лекар Име и презиме _____

Факсимил _____

М.П.

Напомена:
Извештајот го пополнува лекарот од дежурна служба

- Извештајот од Дежурна служба осигуреното лице го предава во здравствената установа на лекарот кој прв ќе го прегледа осигуреното лице

ФЗОРСМ – Образец ИИМП

БРОЈ	

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ИЗВЕШТАЈ ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ

Датум и час на интервенција/ Место на пронаоѓање	Датум	Дома	☐	На работа	☐	На улица	☐
		Во училиште	☐	Друг јавен објект	☐	Останато	☐
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10					
Анамнеза:	Опис						

ОСНОВНИ ВИТАЛНИ ПАРАМЕТРИ

Состојба на свест	Зеници	Дишни патишта	Дишење	Циркулација
☐ Очувана ☐ Сомиолентен ☐ Сопор ☐ Кома	☐ Еднакви ☐ Апизокорија ☐ Миоза ☐ Мидријаза ☐ Реакција на САК	☐ Слободни ☐ Делумно опструирани ☐ Опструирани	☐ Еупнеа ☐ Диспнеа ☐ Тахипнеа ☐ Брадипнеа ☐ Чејн-Стоуксово ☐ Биотово	Пулс_____ /мин ТА _____Kpa(mmHg) ТТ _____°C GLU _____mmol
Останати параметри				

Спроведена терапија	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење	Поз.листа (Д/Н)
Постапки	KPCR + -	O2_____l/min + -	Дефибрилација + -
	Airway + -	Респиратор + -	Венска линија + -
	Ет- интубација + -	Аспирација + -	Имобилизација + -
Упатство за понатамошно лекување	Опис		

Здравствена установа во која е транспориран пациентот	☐ УК Кардиологија	☐ Ургентен клинички центар	☐ УК Гинекологија
	☐ УК Токсикологија	☐ ГОБ 8ми Септември	☐ Психијатриска установа
	☐ УК Неурологија	☐ УК Наум Охридски	☐ Клиничка / Општа болница _____

Датум на извештај: _____ Лекар Име и презиме _____

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ИРЛЗД

БРОЈ	

Здравствена установа

Место, Општина

Факсимил – Рурална служба

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е-маил	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	

ИЗВЕШТАЈ – РУРАЛЕН ДОКТОР

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10				
Анамнеза и наод:	Опис					
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење				Поз.листа (Д/Н)
Упатство за понатамошно лекување	Опис					
Издадени рецепти	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење				Поз.листа (Д/Н)
	Шема:					
Упатен на	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат	Бр.на упат
Издадено боледување за период	Од (Дд.мм.гггг) До (Дд.мм.гггг)		Со прв ден за спреченост на работа		Дд.мм.гггг	

Датум на извештај: _____ Лекар Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:
Извештајот го пополнува Рурален доктор

- Извештајот од Рурален лекар осигуреното лице го предава на избраниот лекар

ФЗОРСМ – Образец НО

БАРАЊЕ БР.	

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПОЧИНАТО ЛИЦЕ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење		Пол	
Новороденче			
Датум и време на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

НАОД ЗА ОБДУКЦИЈА

Датум и време на смрт	датум време
Датум на обдукција	
Патоанатомски наод	
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10 Опис на МКБ 10
Епикриза	Опис
Микроскопски наод	

Опис

Датум на издавање на упатот: _____

Име и презиме на лекар _____

Факсимил _____

Директор _____

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ИДЛ

БРОЈ	

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење:			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Држава на осиг.			

ИЗВЕШТАЈ ДОМАШНО ЛЕКУВАЊЕ

Адреса на примање терапија					
Датум на посета		Време на доаѓање		Време на заминување	
Дијагноза по МКБ 10*	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10			
Анамнеза*	Опис				
Спроведена терапија	Генерика	Форма и јачина,сигнатура,времетраење		Поз.листа (Д/Н)	
Податоци од извештај*	Бр.на упат	Име и презиме/Факсимил	Установа во која е издаден извештајот		
Забелешки:					

Датум на извештај: _____ Лекар _____ Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:
Извештајот го пополнува лекарот од домашно лекување
***Податоците се превземаат од претходно направен извештај**

Сметка за извршените услуги:

Потпис

_____

ФЗОРСМ Образец – КМПЕТ

ЈЗУ Универзитетска клиника

_____

Назив на здравствена установа

_____

Одделение

_____

Место

_____

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА УПАТУВАЊЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ – ПЕТ-КТ СКЕН

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)

_____

шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ

_____

Конзилијарно мислење се издава за остварување на право здравствени услуги од дејноста позитрон емисиона томографија (ПЕТ СКЕН).

Конзилијарното мислење се потврдува со потпис на Лекарски конзилиум во состав од тројца лекари специјалисти/субспецијалисти од соодветната универзитетска клиника, или тројца лекари специјалисти/ субспецијалисти, членови на соодветниот тумор борд при Министерство за здравство.

Образложение

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Директор

_____ **Лекарски конзилиум**

1._____

Дата 2._____

_____ 3_____

МП

ФЗОРСМ - Образец ЛУ1-п

УПАТ БР.

УПАТУВА:	ДО:
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Избран лекар	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање			
Држава на осиг.		ЕНІС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-п

Дијагноза | Шифра по МКБ 10 | Опис

Избор	Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
	1	2	3	4	5
	1	БА4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
			БА4/2	1.	Глукоза толеранс тест (OGTT)
			БА4/3	2.	Гликозилиран хемоглобин (HbA1C)
	2	БА10			ЛИПИДЕН СТАТУС
			БА10/5	1.	ХДЛ Холестерол
			БА10/6	2.	ЛДЛ Холестерол
	3	БА5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
			БА5/5	1.	Мочна киселина во серум
	4	БА8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС
			БА8/1	1.	Натриум
			БА8/2	2.	Калиум
	5	БА11			ХОРМОНСКИ СТАТУС
			БА11/16	1.	Тиреостимулирачки хормон (TSH)
			БА11/17	2.	Тироксин (FT4)
	6	БА6			ПРОТЕИНСКИ СТАТУС
			БА6/5	1.	Протеинурија

Датум на издавање на упатот: | Лекар кој го издава упатот | Име и презиме Факсимил

М.П.

Напомена: - Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнување на резултатите да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.- Избраниот лекар од дејноста општа медицина издава упат на пропишан образец ЛУ1-п за биохемиски лабораториски услуги во согласност со стручните упатства за примарната здравствена заштита.- Биохемиските лабораториски испитувања содржани во ЛУ1-п упатот може да ги врши само биохемиска лабораторија надоместен на дејност е лекар - специјалист по медицинска биохемија, односно / или фармацевт - специјалист по медицинска биохемија.