

20111332958

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Врз основа на член 56 став 1 точка 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 и 53/2011), и член 95 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 105/2011), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 15 септември 2011 година, донесе

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

Член 1

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

1. Пријава/одјава/промена за задолжително здравствено осигурување (образец ЗО-1);
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 ослободување од партиципација (образец П1);
6. Барање за надоместок на плата поради болест/повреда/нега (образец Н1);
7. Барање за надоместок на плата поради бременост и раѓање (образец Н2);
8. Барање за право на специјализирана медицинска рехабилитација (образец МР1);
9. Барање за донесување на решение по поднесено барање за остварување на право од задолжително здравствено осигурување (образец БД);
10. Изјава за избор/промена на лекар (образец ИЛ-1);
11. Предлог за оцена на привремена спреченост за работа над 15 дена (образец -ПСР);
12. Извештај за привремена спреченост за работа (образец ИСР);
13. Рецепт за пропишување на лек;
14. Рецепт за пропишување на лек за странски осигуреник;
15. Специјалистички-субспецијалистички упат (образец СУ);
16. Интер специјалистички упат (образец ИСУ);
17. Упат за радиодијагностика 1 (образец РДУ-1);
18. Упат за радиодијагностика 2 (образец РДУ-2);
19. Лабораториски упат 1 (образец ЛУ-1);
20. Лабораториски упат 2 (образец ЛУ-2);
21. Болнички упат (образец - БУ);
22. Интер болнички упат (образец ИБУ);
23. Интер одделенски упат (образец ИОУ);
24. Интер клинички упат (образец ИКУ);
25. Отпусно писмо (образец ОП).

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

Член 2

Со денот на влегувањето во сила на оваа одлука престанува примената на обрасците пропишани со Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 111/2000, 4/2001, 71/2001, 23/2002, 55/2004, 30/2006, 26/2007, 59/2008, 64/2008, 128/2008, 164/2008, 7/2009, 22/2009, 3/2009, 116/2009, 139/2009, 140/2009, 9/2010, 13/2010, 44/2010, 81/2010, 105/2010, 154/2010 и 171/2010).

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

Бр. 02-14202/9
15 септември 2011 година
Скопје

Управен одбор
Претседател,
Ирфан Хоџа, с.р.

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

ПРИЈАВА / ОДЈАВА / ПРОМЕНА (30-1)
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.	-	-	0	0	10.	11.		
Број на здравствена легитимација				Основ на осиг.		Единствен матичен број (ЕМБГ)		
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.	1	2
						24.	3	4
						24.	5	6
						24.	7	8
						Степен на стручна спрема		
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.	29.	Презиме, име на родител/старател и име		30.	Сродство	
Ред. Број						
31.	Единствен матичен број (ЕМБГ)			32.	Единствен здравствен број на осигуреник (ЕЗБО)	
33.	Место на раѓање			34.	Датум на стапување во осиг.	
36.	Место на живеење			35.	Датум на одјава од осиг.	
				37.	Адреса на живеење	

28.	29.	Презиме, име на родител/старател и име		30.	Сродство	
Ред. Број						
31.	Единствен матичен број (ЕМБГ)			32.	Единствен здравствен број на осигуреник	
33.	Место на раѓање			34.	Датум на стапување во осиг.	
36.	Место на живеење			35.	Датум на одјава од осиг.	
				37.	Адреса на живеење (улица и број)	

Подрачна служба (примил)

Датум на поднесување

МП

Подносител на пријавата

БАРАЊЕ
за надомест (рефундација на средства) за вградени стандардни материјали
или санитетски потрошен материјали

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

[illegible]

Кон барањето ја приложувам следната документација:

1. Отпусно писмо (копија) од здравствената установа со која ФЗОМ има договор за конкретната (извршената) здравствена услуга;
2. Фискална сметка или фактура (во оригинал) со доказ за плаќање за набавениот материјал; и
3. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

БАРАЊЕ
за надомест (рефундација на средства) за лекови

5 од 26

БАРАЊЕ
за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци

6 од 26

БАРАЊЕ

за ослободување од партиципација

[illegible]

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

- ¹ Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОМ ќе го обезбеди по службена должност, а трошоците за истото паѓаат на товар на осигуреникот.

Место и датум на поднесување: _____ Подносител на барањето: _____



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање **Н1**

БАРАЊЕ

за надоместок на плата поради болест/повреда/нега

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																			

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми 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 - ИСП од избран лекар;
2. Наод оценка и мислење од лекарската комисија¹⁾;
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. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка.

¹⁾ за осигурениците надвор од Скопје ФЗОМ по службена должност го обезбедува документот.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____

БАРАЊЕ
за надоместок на плата поради бременост и раѓање

Од осигуреникот _____ (за
сопруг _____) од населено место
_____ Ул. _____ бр. _____
телефон _____.

[illegible]

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

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. Копие од потписан картон (или платежна картичка) на трансакциската сметка на барателот.

Место и датум на поднесување: _____ Подносител на барањето: _____

БАРАЊЕ
за право на спец. мед. рехабилитација

[illegible]

Подносител на барањето:



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА

Образец на барање - **БД**

До
Директорот на Фондот за здравствено
осигурување на Македонија
Ул. „Македонија“ бб
Скопје

БАРАЊЕ

**за донесување на решение по поднесено барање за остварување
право од задолжително здравствено осигурување**

На ден _____ 20____ година, до Фондот за здравствено осигурување на
Македонија, Подрачна служба _____ поднесов барање за
остварување _____ право _____ на

Бидејќи од страна на Фондот за здравствено осигурување на Македонија - Подрачна
служба _____ се уште не е донесено решението и покрај тоа што
измина законскиот рок за негово донесување, согласно одредбите на член 31-а од
Законот за здравственото осигурување поднесувам барање до директорот на
Фондот за здравствено осигурување на Македонија во пропишаниот законски рок за
уважување односно одбивање на барањето.

Кон барањето доставувам и копија од барањето доставено до Фондот за
здравствено осигурување на Македонија - Подрачна служба _____,
бр. _____ од _____ 20____ година.

Место и датум на поднесување, _____ Подносител на барањето, _____

Македонија бб, 1000 Скопје • Тел: 080033222 • e-mail: info@fzo.org.mk
w w w . f z o . o r g . m k

ИЗЈАВА ЗА ИЗБОР ПРОМЕНА НА ЛЕКАР

- 1 - Општа медицина
2 - Гинекологија
3 - Општа стоматологија

ИЛ-1

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 _____

ИЗЈАВУВАМ ДЕКА Е: а) мој лекар б) 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:
а. лекарот б. осигуреникот / осигуреното лице
Дата на престанокот _____

_____ Дата на избор

_____ потпис на осигуреник / осигурено лице

Здравствена установа

Работна единица

Број на лекарски дневник

ДО

**ПРВОСТЕПЕНА ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА
НА ФОНДОТ**

ПРЕДЛОГ

**ЗА ОЦЕНА НА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА
НАД 15 ДЕНА**

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреникот

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

Единствен здравствен број на осигуреникот

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

Вработен во

Назив на обврзникот за уплата на придонес

Од

Дата

Боледува од

Анамнеза

Сегашна здравствена состојба на болниот, статус и наод од доктор специјалист

Дијагноза

Шифра

Мислење на избраниот лекар

Во _____ на _____ 20__ година

МП

Потпис и факсимил на избраниот лекар

Формат: А4

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

Регистарски број <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> Назив </td> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;"> ЕМБС </td>			Назив	ЕМБС
---	--	--	-------	---

Дијагноза _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Дата на спреченост за работа _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Прв ден на спреченост за работа _____	Од	До																				
Времетраење на болничко лекување _____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	Од	До																				

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	Неопходно 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 повредата на работа _____

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА		Место за потврда за платен придонес
РЕЦЕПТ ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК		
Подрачна служба _____		
Презиме и име _____		
Адреса _____		
ЕМБГ	_____	ЕЗБО
Број на здравствен картон	_____	Основ на осигурување
Број на здравствена легитимација	_____	
Рег. број на обврзникот		
Податоци за носителот на осигурување		
Презиме и име		
ЕМБГ	_____	ЕЗБО
Препорака од _____		
специјалист / субспецијалист / конзилиум		
Rp. ☐ Н ☐ А ☐ Х дијагноза		
датум на пропишување	датум на важност од (за хронична терапија)	М.П. _____ факсимил и потпис на лекар
Шифра на лекот		
Шифра на аптека		
Количина на лек по единица фармацевтска форма	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 МАКЕДОНИЈА РЕЦЕПТ ЗА ПРОПИШУВАЊЕ НА ЛЕК ЗА СТРАНСКИ ОСИГУРЕНИК		Место за потврда за платен придонес
Подрачна служба _____		
Презиме и име _____		
Адреса _____		
Број на здравствено осигур. / идентификација _____		
Број на ЕНИС картица _____		
Држава _____		
Број на пасош _____		Датум на раѓање _____
Податоци за носителот на осигурување		
Презиме и име _____		
Број на здравствено осигур. / идентификација _____		
Препорака од _____ специјалист / субспецијалист / конзилиум		
Rp.	Н ☐ А ☐ Х ☐	_____ дијагноза
		
датум на пропишување _____	датум на важност од _____ (за хронична терапија)	М.П. _____ факсимил и потпис на лекар
Шифра на лекот _____	Шифра на аптека _____	
Количина на лек по единица фармацевтска форма _____	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 _____

Назив на здравствена установа	ФЗОМ -Образец ИСУ
Работна единица - Одделение	
Број на лекарски дневник	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 матичен број на осигуреникот
Единствен здравствен 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 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 специјалист _____

Формат: А4

Назив на здравствена установа	ФЗОМ -Образец РДУ - 1
Работна единица - Одделение	
Број на лекарски дневник	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 Број на здравствен картон
--	--

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на осигурување _____

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

Назив на здравствена установа

ФЗОМ -Образец РДУ - 2

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

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 матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на 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 матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

е утврден следниот радиодијагностички наод

Во

20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

Од	До
Назив на здравствена установа	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	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
1	2	3	4	5
1	БА2			ХЕМАТОЛОШКИ СТАТУС
1.1		БА2/1		Седиментација на еритроцити
1.2		БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
			1.	Хемоглобин
			2.	Еритроцити
			3.	Леукоцити
			4.	Тромбоцити
			5.	Хематокрит
			6.	Диференцијална крвна слика
			6.a	Неутрофили
			6.б	Линфоцити
			6.в	Еозинофили
			6.г	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		Глукоза во серум (Гликемија)
4	БА10			ЛИПИДЕН СТАТУС
		БА10/3		Вкупен холестерол
		БА10/2		Триглицериди
5	БА5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
		БА5/1		Уреа во серум
		БА5/3		Креатинин во серум
		БА5/7		Вкупен билирубин
6	БА7			ЕНЗИМСКИ СТАТУС
		БА7/8		АСТ - Аспаргат аминотрансфераза
		БА7/9		АЛТ Аланин аминотрансфераза
7	БА8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум
		БА8/8		Железо (Fe)
8	БА16			ИВ. Тест за бременост
		БА16/3		Тест за бременост β-HCG во серум

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

Назив на здравствена 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 матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

Вид на здравствена услуга - лабораториска анализа

Во

20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

ИЗВЕШТАЈ - ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД

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 лабораториски наод

Во

20__ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

Образец: БУ

Назив на здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

ФЗОМ -Образец БУ

До

Назив на болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

БОЛНИЧКИ 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

Задолжително да се заокружи доколку упатува избраниот лекар:

1. Дијагностицирано хронично заболување

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

МП

Потпис и факсимил на лекар

Формат: А4

ФЗОМ -Образец - ИБУ

Назив на болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

До

Назив на болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

ИНТЕР-БОЛНИЧКИ 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

Формат: А4

ФЗОМ -Образец - ИОУ

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

Формат: А4

ФЗОМ -Образец ИКУ

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

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

Формат: А4

ФЗОМ - Образец - ОП

Назив на болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Место

Историја на болниот број:

ОТПУСНО ПИСМО

Осигуреното лице

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

Адреса

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

Број на здравствена легитимација

| | | | | | | | | | | | |

Единствен матичен број

1	9	01								
---	---	----	--	--	--	--	--	--	--	--

Единствен здравствен број на осигуреникот

примено е на болничко лекување на ден 20__ година и испишан на ден 20__ година

со дијагноза _____

Шифра

Упатство за натамошно лекување

Потпис и факсимил на лекар

МП

Раководител

Формат: А4