
 Назив на здравствена установа

 Одделение

 Место

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ

ЗА ЛЕКОВИ ОД ЛИСТАТА НА ЛЕКОВИ НА ТОВАР НА ФЗОМ

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза _____

_____ и

шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ _____.

Конзилијарното мислење се издава за следните лекови:

1) _____.

2) _____.

3) _____.

(генеричко име и фармацевтска дозажна форма со јачина на лекот)

Конзилијарното мислење е со важност до денот на закажаниот контролен преглед

на _____, но не подолго од 1 година.

Образложение _____

Директор

Во _____

Дата _____

МП

Лекарски конзилиум

1. _____

2. _____

3. _____