

Упат Бр. _____

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Специјалност
_____ Број на лекарски дневник		_____ Место
		_____ Лекар
		_____ Факсимил
		_____ Термин

ИНТЕР - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува _____
Презиме, име на родител/старател и име

_____ Адреса

Здравствена легитимација

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен 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 _____

Упат Бр. _____

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 _____