
Назив на здравствена установа

Одделение

Место

ПОТВРДА ЗА БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВО НА СПЕЦИЈАЛИЗИРАНА МЕДИЦИНСКА РЕХАБИЛИТАЦИЈА КАКО ПРОДОЛЖЕНО БОЛНИЧКО ЛЕКУВАЊЕ

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

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

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза _____

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

Потврдата се издава :

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

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

Образложение _____

_____.

Директор

Одделенски лекар

Во _____

МП

Дата _____