

Здравствена установа

Работна единица
Бр.на лекарски дневник

ДО

ПРВОСТЕПЕНА/ВТОРОСТЕПЕНА
ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА НА ФОНДОТ

ПРЕДЛОГ

ЗА ОЦЕНА НА ПРИВРЕМЕНА СПРЕЧЕНОСТ ЗА РАБОТА

Презиме, име на родител /старател и име на осигуреникот

Адреса

| | | | - | | | | | | | | - | 0 | 0 |

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 придонесОд _____
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
