

ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА РЕПУБЛИКА СЕВЕРНА МАКЕДОНИЈА
ПРИЈАВА / ОДЈАВА / ПРОМЕНА (30-1)
ЗА ЗАДОЛЖИТЕЛНО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

1. <input type="text"/>	2. <input type="text"/>	3. <input type="text"/>
Регистерски број	Даночен број	Матичен број
4. <input type="text"/>		
Назив		
5. <input type="text"/>		
Адреса (улица и број)		
6. <input type="text"/>	7. e-mail: <input type="text"/>	8. Седиште <input type="text"/>
Шифра на дејност		

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

9. <input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	0	0	10. <input type="text"/>	11. <input type="text"/>
Број на здравствена легитимација						Основ на осиг.	Единствен матичен број (ЕМБГ)
12. <input type="text"/>							
Презиме, име на родител/старател и име							
13. <input type="text"/>	14. <input type="text"/>			15. <input type="text"/>			
Адреса од исправа (улица и број)	Населено место			Општина			
16. <input type="text"/>	17. <input type="text"/>			18. <input type="text"/>			
Адреса на живеење (улица и број)	Населено место			Општина			
19. <input type="text"/>	20. <input type="text"/>						
Место на раѓање	Држава на раѓање						
21. Пријавен кај повеќе работодавачи? <input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> не	22. <input type="text"/>	23. <input type="text"/>	24. <input type="text"/>				
	Работни часови	Подрачна служба	Степен на стручна спрема				
25. <input type="text"/>	26. <input type="text"/>			27. <input type="text"/>			
Датум на стапување во осиг.	Единствен здравствен број на осигуреник			Датум на одјава од осиг.			

3. ПОДАТОЦИ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА СЕМЕЈСТВО НА ОСИГУРЕНИКОТ

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

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

СО ПОПОЛНУВАЊЕ НА ОВА БАРАЊЕ СЕ СОГЛАСУВАМ МОИТЕ ЛИЧНИ ПОДАТОЦИ И ПОДАТОЦИТЕ ЗА ЧЛЕНОВИТЕ НА МОЕТО СЕМЕЈСТВО ДА СЕ КОРИСТАТ ЗА ОСТВАРУВАЊЕ НА ПРАВА ОД ЗДРАВСТВЕНОТО ОСИГУРУВАЊЕ И КОРИСТЕЊЕ НА ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА И ИСТИТЕ ДА СЕ КОРИСТАТ СОГЛАСНО ПРОПИСИТЕ ЗА ЗАКОНОТ ЗА ЗАШТИТА НА ЛИЧНИТЕ ПОДАТОЦИ

Подрачна служба (примил)

Датум на поднесување

МП

Подносител на пријавата



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **P2****БАРАЊЕ**

за надомест (рефундација) на средства за лекови

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

Број на здравствена легитимација	_____ - _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	_____
Број на трансакциска сметка	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија–Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето, да ми ги надомести средствата потрошени за набавени лекови од Листата на лекови кои паѓаат на товар на Фондот.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

A.	За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)
1.	Рецепт, на рецептен образец утврден од страна на ФЗОСМ, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОСМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скати лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i> ;
3.	Три потврди за дефицитарност на лекот од различни аптеки со кои ФЗОСМ има склучено договор, со исклучок за оние населени места со помалку од три различни аптеки, каде бројот на потврдите може да биде помал од три;
4.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОСМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
A1.	За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување)
1.	Рецепт, на рецептен образец пропишан согласно Правилникот за начинот на пропишување и издавање на лекови на рецепт донесен од Министерството за здравство, за пропишан лек од избран лекар, лекар замена, дежурен лекар, рурален лекар;
2.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, кога лекот е препорачан за понатамошно лекување во домашни услови, односно конзилијарно мислење за лекови, согласно режимот на пропишување на лековите во Листата на лекови, ако се работи за лек утврден со <i>Одлуката за скати лекови од Листата на лекови што се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита</i> ;
3.	Фискална сметка од аптеката, со која ФЗОРСМ има склучено договор, која го издала лекот во оригинал и копија;
4.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
A2.	За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОРСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена
1.	Налог или рецепт со пропишана терапија со потврда за апликација на лекот од здравствена установа со која Фондот има склучено договор;
2.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија;
3.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
Б.	За лекови за болничка здравствена заштита
	Për barna të kujdesit shëndetësor spitalor
1.	Извештај од специјалист/субспецијалист или отпусно писмо, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, со назначена терапија, која осигуреното лице ја набавило со сопствени средства;
2.	Конзилијарно мислење, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, доколку е потребно согласно режимот на препишување на лекот утврден во Листата на лекови;
3.	Потврда за апликација на лекот ако се работи за лек во ампуларна форма, од здравствена установа со која ФЗОРСМ има склучено договор, кој треба да содржи: -во периодот на хоспитализација-датум/период на паликација, факсимил и потпис на лекарот и печат на здравствената установа; -вон периодот на хоспитализација-датум/период на апликација, потпис на осигуреното лице, потпис и факсимил на лекарот и печат на здравствената установа.



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

4.	Фискална сметка од аптеката која го издала лекот во оригинал и копија или фактура (оригинал) со доказ за плаќање;
5.	Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.
B.	За лекови набавени со сопствени средства на осигуреното лице од странски земји
1.	Документација наведена во точка А.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга имаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување).
2.	Документација наведена во точка А1.-За лекови кои се издаваат на рецепт во примарна здравствена заштита (за осигурени лица кои во периодот на користењето на здравствената услуга немаат платено придонес за задолжително здравствено осигурување).
3.	Документација наведена во точка А2.-За лекови во ампуларна форма, кои се дел од задолжителната и ургентна ампуларна терапија која треба да ја поседува здравствената установа од примарна здравствена заштита со договор со ФЗОРСМ и во истата е аплицирана на осигуреното лице од страна на избраниот лекар или лекарот замена.
4.	Документација наведена во точка Б.-За лекови за болничка здравствена заштита
5.	За точките 1, 2, 3 и 4 фискалната сметка или фактурата со доказот за плаќање, треба да бидат преведени на македонски јазик од овластен судски преведувач.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Напомена: Ова барање заедно со потребната документација осигуреното лице може да го поднесе и преку веб порталот на Фондот и истото гарантира за веродостојноста на податоците.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **MP1****БАРАЊЕ**

за право на специјализирана медицинска рехабилитација

Од осигуреникот _____ (за член на семејство)

од населено место _____ ул. _____

бр. _____

телефон _____.

Број на здравствена легитимација	_____ - _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	_____
Број на трансакциска сметка	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на користење на специјализирана медицинска рехабилитација како продолжено болничко лекување _____ во _____ здравствената _____ установа _____.

Кон барањето ја приложувам следната документација:

- Отпусно писмо за завршено болничко лекување од здравствената установа, со која ФЗО РСМ има склучен договор, каде е извршено болничкото лекување, односно специјалистички извештај од соодветната болничка установа во која се наоѓале на болничко, односно амбулантско лекување, ако се работи за церебрална парализа кај деца до 14 годишна возраст;
- Конзилијарно мислење од соодветна болничка здравствена установа во која се лекувало осигуреното лице;
- Наод, оценка и мислење од Лекарската комисија¹⁾.

¹⁾ За осигурениците надвор од Скопје ФЗО РСМ по службена должност го обезбедува документот.

Напомена: Правото на специјализирана медицинска рехабилитација се остварува во рок од 1 месец по завршеното болничко лекување, односно во рок од 1 месец по неопходен контролен преглед, односно во рок од 3 месеци по прележан инфаркт на срцето, хируршка интервенција на срцето и сите хируршки зафати на градниот кош со респираторна патологија. Медицинската рехабилитација треба да започне најдоцна 2 месеци од добивањето на решението на ФЗО РСМ.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **ДС****БАРАЊЕ****за надомест на средства за извршени здравствени услуги за дијализа во странство**

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

Број на здравствена легитимација				-													
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																	
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																	
Вработен во/осигурен преку																	
Број на трансакциска сметка																	

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето да ми ги надомести направените трошоци за извршени здравствени услуги за дијализа за време на престојот во _____
(се наведува здравствената установа, градот и државата)
во периодот од _____ до _____ година.

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

1. Медицинска документација за извршените здравствени услуги за дијализа во странство преведена од овластен преведувач;
2. Сметки/ фактури со доказ за плаќање за платените здравствени услуги за дијализа преведени од овластен преведувач
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **H1****БАРАЊЕ**

за надоместок на плата поради болест/нега

1. Од осигуреникот _____
од населено место _____ ул. _____
бр. _____
телефон _____

Број на здравствена легитимација	<input type="text"/>
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	<input type="text"/>
Вработен во	<input type="text"/>
Број на трансакциска сметка	<input type="text"/>

2. Од овластено лице

со e-mail адреса

Единствен здравствен број на овластеното лице	<input type="text"/>
Назив на фирмата	<input type="text"/>

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време ва привремена спреченост за работа _____ поради _____

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

- Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСП од избран лекар;
- Наод оценка и мислење од лекарската комисија¹⁾;
- 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);
- Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

¹⁾ само за издадени наод, оценка и мислење од лекарската комисија за период пред 2014 година.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **H2****БАРАЊЕ**

за надоместок на плата поради бременост и раѓање

1. Од осигуреникот _____
(за сопруг _____)
од населено место _____ ул. _____
бр. _____
телефон _____ и е-маил адреса _____

Број на здравствена легитимација															
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот															
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)															
Вработен во/осигурен преку															
Број на трансакциска сметка															

2. Од овластено лице _____

со е-mail адреса _____

Единствен здравствен број на овластеното лице															
Назив на фирмата															

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

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Извештај за привремена спреченост за работа- образец - ИСП од избран лекар;
2. Извод од книгата на родените за детето (копије)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. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

^{1,2} Доколку осигуреникот не го приложи документот ФЗОРСМ ќе го обезбеди по службена должност.

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на право од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање НЗ

БАРАЊЕ

за надоместок на плата поради повреда на работа/професионална болест

1. _____ Од _____
осигуреникот _____
од населено место _____ ул. _____
бр. _____
телефон _____ и e-mail адреса _____

Број на здравствена легитимација	_____
ЕМБГ на осигуреникот (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
Вработен во	_____
Број на трансакциска сметка	_____

2. Од овластено лице

со e-mail адреса _____

Единствен здравствен број на овластеното лице	_____
Назив на фирмата	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на привремена спреченост за работа поради повреда на работа/професионална болест.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Извештај за привремена спреченост за работа- Образец ИСР од избран лекар;
2. Наод, оценка и мислење од лекарската комисија¹⁾;
3. Наод, оценка и мислење од лекарска комисија за утврдување на повреда на работа/професионална болест¹⁾;
4. Записник од Државен инспекторат за труд за утврдување на повреда на работа;
5. Повредна листа – ЕТ8 образец;
6. 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);
7. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето.

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

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци.

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____



Фонд за здравствено осигурување на Република Северна Македонија
Fondi i Sigurimit Shëndetësor i Republikës së Maqedonisë së Veriut

Образец на барање **H4****БАРАЊЕ**

за надоместок на плата поради бременост и раѓање во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа

1. Од осигуреникот _____
(за сопруг _____)
од населено место _____ ул. _____
бр. _____
телефон _____ и е-маил адреса _____.

Број на здравствена легитимација	_____ - _____ - _____
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот	_____
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)	_____
Вработен во/осигурен преку	_____
Број на трансакциска сметка	_____

2. Од овластено лице _____
со е-mail адреса _____

Единствен здравствен број на овластеното лице	_____
Назив на фирмата	_____

Барам Фондот за здравствено осигурување на Република Северна Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми/му утврди право на користење надоместок на плата за време на отсуство од работа поради бременост, раѓање и мајчинство (родителство) во висина од 50% од утврдениот надоместок поради враќање на работа, а согласно одредбите од Законот за работните односи.

Кон барањето ја приложувам следната документација (се заокружува):

1. Изјава од осигуреничката за враќање на работа;
2. Потврда од работодавецот дека осигуреничката се враќа на работа пред истекот на спреченоста за работа поради бременост и родителство;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето,

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување:

Подносител на барањето:

ИЗВЕШТАЈ

за привремена спреченост за работа

1. ПОДАТОЦИ ЗА ОСИГУРЕНИКОТ

<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> 0 0 Број на здравствена легитимација	<input type="text"/> Единствен матичен број
<input type="text"/> Презиме, име на родител/старател и име	<input type="text"/> Единствен здравствен број на осигуреникот
<input type="text"/> Адреса	
<input type="text"/> Основ на осигурување	<input type="text"/> Број на здравствен картон

2. ПОДАТОЦИ ЗА ОБВРЗНИКОТ ЗА УПЛАТА НА ПРИДОНЕС

<input type="text"/> Регистарски број	<input type="text"/> Назив	<input type="text"/> ЕМБС
--	-------------------------------	------------------------------

3. ПОДАТОЦИ ЗА СПРЕЧЕНОСТА, ОДНОСНО ОТСУСТВО ЗА РАБОТА

Дијагноза _____	<input type="text"/> Почетна шифра	<input type="text"/> Крајна шифра	
Дата на спреченост за работа _____	<input type="text"/> Од	<input type="text"/> До	
Прв ден на спреченост за работа _____			
Времетраење на болничко лекување _____	<input type="text"/> Од	<input type="text"/> До	

3. ПРИЧИНА ЗА СПРЕЧЕНОСТА, ОДНОСНО ОТСУСТВО ЗА РАБОТА

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	Неоходно 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 повреда на работа _____

МП

Потпис и факсимил на лекар

ФЗОРСМ – Образец СУ

УПАТ БР.		Р	И	Б	ТЕРМИН: (датум и час)	
----------	--	---	---	---	--------------------------	--

УПАТУВА:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ДО:

Здравствена установа
Специјалност
Лекар/апарат/амбуланта
Факсимил

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Град и држава на осигурување		ЕНИС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош	

УПАТ ЗА

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ СУСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	1	Специјалист / супспецијалист		
	2	Дијагностичка лабораторија		
	3	Дијагностичка процедура		
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Молам, се бара:	Опис			

Датум на издавање на упатот: _____ Име и презиме на лекар _____
Факсимил _____

М.П.

Доаѓање на преглед:

- 1) За преглед во одреден термин: Потребно е да се пријавите на шалтер 15-30 минути пред терминот за преглед
- 2) Упатот со ознака И (илен случај) важи 24 часа од моментот на издавање
- 3) Пациентот со упат со ознака Б (без термин) може да биде прегледан во наредните 7 дена од денот на издавање на истиот, и тоа по завршувањето на прегледите со термин

Откажување на преглед:

Откажувањето на прегледот треба да биде најмалку 24 часа пред терминот за преглед. Прегледот може да се откаже на следниот начин:

- 1) Со испраќање на смс порака на бројот 144194. Содржина на пораката е бројот на електронскиот упат
- 2) На телефонскиот број (02) 15 444 (секој работен ден од 09.00 до 16.00 часот)

ФЗОРСМ – Образец СИ

УПАТ БР.	
----------	--

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ

СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ СУПСЕЦИЈАЛИСТИЧКИ/ ИНТЕРСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	1	Специјалист / супспецијалист		
	1А	Избран лекар гинеколог		
	2	Дијагностичка лабораторија		
	3	Дијагностичка процедура		
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза и наод:	Опис			
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)
Упатство за понатамошно лекување	Опис			
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)
	Шема:			
Препораки:	Боледување	Контролен преглед	Ортопедско помагало	Конзилиум
	Денови, месеци	Денови, месеци	Шифра	Леќ, болед., орт. пом., ре хаб., лекув во странство

Датум на извештај: _____

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по извршениот специјалистичко – консултативен преглед во здравствената установа од секундарно или терциерно ниво да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување

ФЗОРСМ – Образец БУ

УПАТ БР.		Р	И	Д
----------	--	---	---	---

УПАТУВА:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНІС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

БОЛНИЧКИ УПАТ

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки:	Опис	
Хируршка интервенција:	Избор од листа Лекар Термин: Ке бидете известени по телефон	
Придружник	ДА (доколку е потребен) / НЕ (доколку не е потребен)	

Датум на издавање
на упатот: _____Лекар кој го издава
упатот: _____Име и презиме
Факсимил _____

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ТХ

УПАТ БР.	
-----------------	--

УПАТУВА:**ДО:**

Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Болнички оддел	Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Адреса и место на живеење			
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

**УПАТ ЗА
ТРАНСФЕР НА ХОСПИТАЛИЗИРАН ПАЦИЕНТ**

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки:	Опис	
Придружник	ДА (доколку е потребен) / НЕ (доколку не е потребен)	

Датум на издавање на упатот:	Лекар кој го издава упатот:	Име и презиме
		Факсимил

М.П.

УПАТ БР.	
----------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 2

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
		Вид на здравствена услуга - лабораториска анализа
Услуги		

Датум на издавање
на упатот: _____

Лекар (Спец./Супспец.)
кој го издава упатот: _____

Име и презиме

Факсимил

М.П.

УПАТ БР.	
----------	--

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ОТПУСНО ПИСМО						
Датум и време на прием	Датум		Датум и време на испис		Историја број	
	Време		Време		Број	
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10		Опис на МКБ 10			
Придружни дијагнози	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Шифра по МКБ 10
Кратка анамнеза, наод и мислење:	Опис/ Види прилог					
Примена терапија	Генерика		Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз листа (Д/Н)
Препорачана терапија:	Генерика		Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз листа (Д/Н)
	Шема:					
Препораки	Боледување	Контролен преглед	Продолжување на хоспит./Трансфер	Ортопедско помагало	Конзилиум	
	Денови, месеци	Денови, месеци	Да/Не	шифра	Лек, болед., арт.пом., рехаб., лекување во странство	
Препораки за пациентот	Опис					
Хистопатолошки наод						

Датум на издавање на упатот:

Лекар

Раководител:

Име и презиме

Факсимил

Име и презиме

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 5 дена по отпустот о болничко лекување да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување (издавање боледување, лекови на рецепт и др.)

ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-а

УПАТ БР.	
УПАТУВА:	ДО:
Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Специјалност	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг. /	
Држава на осиг.		Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБАТОРИСКИ УПАТ 1-а

Дијагноза		Шифра по МКБ 10		Зпис	
Избор	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
			БА2/1		Седиментација на еритроцити
			БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
				1	Хемоглобин
				2	Еритроцити
				3	Леукоцити
				4	Тромбоцити
				5	Хематокрит
				6	Диференцијална крвна слика
				7	Неутрофили
				8	Лимфоцити
				9	Еозинофили
				10	Моноцити
	2	БА13			УРИНАРЕН СТАТУС со седимент
				1	рН
				2	Специфична тежина
				3	Белковини
				4	Глукоза во урина
				5	Кетони
				6	Седимент на урина
				7	Уробилиноген
	3	БА4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
			БА4/1	1	Глукоза во серум (Гликемија)
	4	БА10			ЛИПИДЕН СТАТУС
			БА10/3	1	Вкупен холестерол
			БА10/2	2	Триглицериди
	5	БА5			ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ
			БА5/1	1	Уреа во серум
			БА5/3	2	Креатинин во серум
	6	БА7			ЕНЗИМСКИ СТАТУС
			БА7/8	1	AST - Аспартат аминотрансфераза
			БА7/9	2	ALT Аланин аминотрансфераза
	7	БА8			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум
			БА8/8	1	Железо (Fe)
	8	БА16			IV. Тест за бременост
			БА16/3	1	Тест за бременост б-НСГ во серум

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар кој го издава упатот: _____

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

УПАТ БР.					
УПАТУВА:			ДО:		
Здравствена установа			Здравствена установа		
Место, Општина			Место, Општина		
Избран лекар			Специјалност		
ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ					
Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ			
Телефон		Е - пошта			
Новороденче					
Датум на раѓање			Регистарски број		
Странски осигуреник					
Датум на раѓање			ЕНИС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош		
Држава на осиг.			Ослободен од парт.		
Основ на осиг.					
ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-Б					
Дијагноза		Шифра по МКБ 10		Опис	
Избор	Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
	1	2	3	4	5
	1	БА16			СЕРУМСКИ ТУМОРСКИ МАРКЕРИ
			БА16/11	1. PSA	
Датум на издавање на упатот:		Лекар кој го издава упатот		Име и Презиме	
				Факсмил	

М.П.

Напомена: Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнување на резултатите да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

Упатот ПУ1 Б го издава избран лекар од дејноста општа медицина и содржи биохемиски лабораториски услуги за PSA (тумор маркер за простата).

Ова биохемиско лабораториско испитување може да го врши само биохемиска лабораторија каде носител на дејност е лекар - специјалист по медицинска

ФЗОРСМ – Образец ЛУ1-в

УПАТ БР.	
----------	--

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа	Здравствена установа
Место, Општина	Место, Општина
Специјалност	Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ 1-в

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
		Вид на здравствена услуга - лабораториска анализа за хормонски статус и тумор маркери
Услуги		

Датум на издавање на упатот: _____

Лекар (Спец./Супспец.)
кој го издава упатот: _____Име и презиме
Факсимил _____

М.П.

Напомена:

Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување.

Упатот ЛУ1-в го издава избран гинеколог и содржи биохемисни лабораториски услуги за утврдување на хормонски статус и тумор маркери.

Овие биохемисни лабораториски испитувања може да ги врш и само биохемиска лабораторија каде носител на дејност е лекар специјалист по медицинска биохемија.

ФЗОРСМ – Образец ИЛУ

УПАТ БР.			
Здравствена установа	Датум на прием на материјалот		
Место, Општина			
Специјалност			
ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ – ЛАБАРАТОРИСКИ НАОД

Лабораториски наод	Опис / Прилог Принт листа
--------------------	---------------------------

Датум на извештај

Лекар/Фармацевт/здравствен соработник

Име и презиме
Факсимил

М.П.

ФЗОРСМ – Образец РДУ

УПАТ БР.		Р	И	Б	ТЕРМИН: (датум и час)	
----------	--	---	---	---	--------------------------	--

УПАТУВА:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност

ДО:

Здравствена установа
Специјалност
Категорија
Апарат

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

РАДИОДИЈАГНОСТИКА	1	Радиодијагностика – 1 “(избран лекар)”	
	2	Радиодијагностика – 2 “(специјалист/супспецијалист)”	
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10	
Молам, се бара:	Опис какво снимање се бара и на кој дел од телото		
Услуга:	Се избира од листа на услуги		
Претходни наоди за извршени прегледи, дијагностики и терапевтски постапки	Шифра по МКБ 10		
	Опис		

Датум на издавање
на упатот: _____Лекар кој го издава
упатот: _____Име и презиме
Факсимил _____

М.П.

Доаѓање на преглед:

- 1) За преглед во одреден термин: Потребно е да се пријавите на шалтер 15-30 минути пред терминот за преглед
- 2) Упатот со ознака И (итен случај) важи 24 часа од моментот на издавање
- 3) Пациентот со упат со ознака Б (без термин) може да биде прегледан во наредните 7 дена од денот на издавање на истиот, и тоа по завршувањето на прегледите со термин

Откажување на преглед:

- Откажувањето на прегледот треба да биде најмалку 24 часа пред терминот за преглед. Прегледот може да се откаже на следниот начин:
- 1) Со испраќање на смс порака на бројот 144194. Содржина на пораката е бројот на електронскиот упат
 - 2) На телефонскиот број (02) 15 444 (секој работен ден од 09.00 до 16.00 часот)

ФЗОРСМ – Образец ИРДУ

УПАТ БР.			
Здравствена установа			
Место, Општина			
Специјалност			
Датум на извршена дијагностика		Датум	
ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
ИЗВЕШТАЈ -РАДИДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД			
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10	
Радиодијагностички наод	Опис/Прилог Принт лита		
Датум на извештај:	Лекар:	Име и презиме	
		Факсимил	

М.П.

Напомена: за УПАТ за радиодијагностика – 1, Осигуреното лице е должно во рок од 3 дена по по подигнатите резултати да го посети избраниот лекар со медицинската документација, со цел остварување на правата од задолжителното здравствено осигурување

ФЗОРСМ – Образец УИИ

УПАТ БР.		Р	Б	ТЕРМИН: (датум и час)	
УПАТУВА:			ДО:		
Здравствена установа			Здравствена установа		
Место, Општина			Место, Општина		
Болнички оддел			Лекар/Апарат/Лабораторија/Болнички оддел		
Датум на прием					

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

ИНТЕРНИ ИСПИТУВАЊА	1	Специјалист / супспецијалист
	2	Дијагностичка лабораторија
	3	Дијагностичка процедура
	4	Лабараториски упат
	5	Радиодијагностика
	6	Интер – одделенски трансфер
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис (за лабараторија или радиодијагностика се избираат услуги)	

Датум на издавање
на упатот:

Лекар кој го издава упатот

Име и презиме

Факсимил

М.П.

НАПОМЕНА: Упатот важи до исписот на пациентот

ФЗОРСМ – Образец УСУ

УПАТ БР.		Р	Б	ТЕРМИН: (датум и час)	
----------	--	---	---	--------------------------	--

УПАТУВА:

Здравствена установа
Место, Општина
Болнички оддел

ДО:

Здравствена установа
Место, Општина
Специјалност
Лекар/Апарат/Лабораторија
Факсимил

Датум на прием

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е - пошта	
Адреса и место на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

УПАТ ЗА

СЕРВИСНИ УСЛУГИ	1	Специјалист / супспецијалист
	2	Дијагностичка лабораторија
	3	Дијагностичка процедура
	4	Лабораториски упат
	5	Радиодијагностика
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Молам, се бара:	Опис (за лабораторија или радиодијагностика се избираат услуги)	

Датум на издавање
на упатот:

Лекар кој го издава упатот

Име и презиме

Факсимил

М.П.

НАПОМЕНА: Упатот важи се додека пациентот е на болничко лекување

ФЗОРСМ – Образец БО

БАРАЊЕ БР.	
-------------------	--

УПАТУВА:**ДО:**

Здравствена установа

Здравствена установа

Место, Општина

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПОЧИНАТОТО ЛИЦЕ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	
Основ на осиг.		Ослободен од парт.	

БАРАЊЕ ЗА ОБДУКЦИЈА

Датум и време на смрт	Датум	Време
Клиничка дијагноза	Шифра по МКБ 10	Опис на дијагноза
Епикриза:	(Да се внесат само позитивните клинички и лабораториски наоди од анамнеза, лабораториски и други испитувања)	

Датум на издавање
на барањето:Лекар кој го издава
барањето:Име и презиме
Факсимил

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ДС

БРОЈ	
Здравствена установа	
Место, Општина	
Факсимил – Дежурна служба	

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ			
Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ ДЕЖУРНА СЛУЖБА

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10			
Анамнеза и наод:	Опис:				
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)	
Издадени рецепти	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт	Бр. на рецепт
Упатство за понатамошно лекување	Опис:				
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)	
	Шема:				

Датум на извештај: _____

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:

Извештајот го пополнува лекарот од дежурна служба

- Извештајот од Дежурна служба осигуреното лице го предава во здравствената установа на лекарот кој прв ќе го прегледа осигуреното лице

ФЗОРСМ – Образец ИИМП

БРОЈ	
------	--

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ ИТНА МЕДИЦИНСКА ПОМОШ

Датум и час на интервенција/ Место на пронаоѓање	Датум	Дома	На работа	На улица
		Во училиште	Друг јавен објект	Останато
Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза:	Опис			

ОСНОВНИ ВИТАЛНИ ПАРАМЕТРИ

Состојба на свест	Зеници	Дишни патишта	Дишење	Циркулација
<input type="checkbox"/> Очувана	<input type="checkbox"/> Еднакви	<input type="checkbox"/> Слободни	<input type="checkbox"/> Еупнеа	Пулс _____ /мин
<input type="checkbox"/> Сомиолентен	<input type="checkbox"/> Анизокорија	<input type="checkbox"/> Делумно опструирани	<input type="checkbox"/> Диспнеа	ТА _____ Кра(ммHg)
<input type="checkbox"/> Сопор	<input type="checkbox"/> Миоза	<input type="checkbox"/> Опструирани	<input type="checkbox"/> Тахипнеа	ТТ _____ °C
<input type="checkbox"/> Кома	<input type="checkbox"/> Мидријаза		<input type="checkbox"/> Брадипнеа	GLU _____ mmol
	<input type="checkbox"/> Реакција на САК		<input type="checkbox"/> Чејн-Стоуксово	
			<input type="checkbox"/> Биотово	

Останати параметри

Спроведена терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење	Поз. листа (Д/Н)
Постапки	KPCR	+ -	O ₂ _____ l/min + -
	Airway	+ -	Дефибрилација + -
	Ет-интубација	+ -	Венска линија + -
Упатство за понатамошно лекување	Опис		
Здравствена установа во која е транспортиран пациентот	<input type="checkbox"/> УК Кардиологија	<input type="checkbox"/> Ургентен клинички центар	<input type="checkbox"/> УК Гинекологија
	<input type="checkbox"/> УК Токсикологија	<input type="checkbox"/> ГОБ 8ми Септември	<input type="checkbox"/> Психијатриска установа
	<input type="checkbox"/> УК Неурологија	<input type="checkbox"/> УК Наум Охридски	<input type="checkbox"/> Клиничка / Општа болница

Датум на извештај:

Лекар

Име и презиме

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ИРЛЗД

БРОЈ	
-------------	--

Здравствена установа

Место, Општина

Факсимил – Рурална служба

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Телефон		Е-маил	
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	

ИЗВЕШТАЈ – РУРАЛЕН ДОКТОР

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10				
Анамнеза и наод:	Опис					
Аплицирана терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз. листа (Д/Н)	
Упатство за понатамошно лекување	Опис					
Издадени рецепти	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт	Број на рецепт
Препорачана терапија:	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење			Поз. листа (Д/Н)	
	Шема:					
Упатен на	Бр. на упат	Бр. на упат	Бр. на упат	Бр. на упат	Бр. на упат	Бр. на упат
Издадено боледување за период	Од (Дд.мм.гггг) До (Дд.мм.гггг)		Со прв ден за спреченост на работа		Дд.мм.гггг	

Датум на извештај: _____

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:

Извештајот го пополнува Рурален доктор

- Извештајот од Рурален лекар осигуреното лице го предава на избраниот лекар

БАРАЊЕ БР.	
-------------------	--

Здравствена установа

Место, Општина

Специјалност

ПОДАТОЦИ ЗА ПОЧИНАТО ЛИЦЕ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење		Пол	
Новороденче			
Датум и време на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

НАОД ЗА ОБДУКЦИЈА

Датум и време на смрт	датум	време
Датум на обдукција		

Патоанатомски наод

Дијагноза по МКБ 10	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10
Епикриза	Опис	

Микроскопски наод

Опис

Датум на издавање
на упатот: _____

Име и презиме на лекар _____
Факсимил _____
Директор _____

М.П.

ФЗОРСМ – Образец ИДЛ

БРОЈ	
------	--

Здравствена установа

Место, Општина

ПОДАТОЦИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме		ЕЗБО/ ЕМБГ	
Адреса на живеење:			
Новороденче			
Датум на раѓање		Регистарски број	
Странски осигуреник			
Датум на раѓање		ЕНИС / Бр. на осиг.	
Држава на осиг.		/ Бр. на пасош	

ИЗВЕШТАЈ ДОМАШНО ЛЕКУВАЊЕ

Адреса на примаме терапија				
Датум на посета		Време на доаѓање		Време на заминување
Дијагноза по МКБ 10*	Шифра по МКБ 10	Опис на МКБ 10		
Анамнеза*	Опис			
Спроведена терапија	Генерика	Форма и јачина, сигнатура, времетраење		Поз. листа (Д/Н)
Податоци од извештај*	Бр. на упат	Име и презиме/Факсимил	Установа во која е издаден извештајот	
Забелешки:				

Датум на извештај: _____

Лекар

Име и презиме

Факсимил

М.П.

Напомена:

Извештајот го пополнува лекарот од домашно лекување

*Податоците се превземаат од претходно направен извештај

Сметка за извршените услуги:

Потпис

ФЗОРСМ Образец – КМПЕТ

ЈЗУ Универзитетска клиника

Назив на здравствена установа

Одделение

Место

**КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ ЗА УПАТУВАЊЕ ЗА ЗДРАВСТВЕНИ УСЛУГИ – ПЕТ-КТ
СКЕН**

Име и презиме _____

Адреса _____

ЕМБГ _____

ЕЗБО _____

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

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза (латински назив на дијагноза)

шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ

Конзилијарно мислење се издава за остварување на право здравствени услуги од дејноста позитрон емисиона томографија (ПЕТ СКЕН).

Конзилијарното мислење се потврдува со потпис на Лекарски конзилиум во состав од тројца лекари специјалисти/субспецијалисти од соодветната универзитетска клиника, или тројца лекари специјалисти/ субспецијалисти, членови на соодветниот тумор борд при Министерство за здравство.

Образложение

Директор

Лекарски конзилдум

1. _____

2. _____

3. _____

Дата

МП

УПАТ БР. _____

УПАТУВА:

ДО:

Здравствена установа

Здравствена установа

Место, Општина

Место, Општина

Имени лекар

Специјалност

ПОДАТОКИ ЗА ПАЦИЕНТОТ

Име и Презиме	ЕЗБО-ЕМБГ
Телефон	Е-пошта
Новородиште	
Датум на раѓање	Регистарски број
Странски осигуреник	
Датум на раѓање	ЕНИС / Бр. на осиг. / Бр. на пасош
Држава на осиг.	
Основ на осиг.	Ослободен од плат.

ЛАБОРАТОРСКИ УПАТ 1.в

Дијагноза		Шифра по МКБ 10		Опис	
И-опш	Р-опш	Шифра на пакет	Шифра на услуга од статусот	Ден	Опис на статусот / капацитетската услуга
	1	2	3	4	5
	1	BA4			ГЛУЦИДЕН СТАТУС
			BA4/2		1. Гликемија (оперативен тест (ООТ))
			BA4/3		2. Гликемија (нестандартен тест) (НВАТС)
	2	BA10			ЛИПИДЕН СТАТУС
			BA10/5		1. ХОЛЕСТЕРОЛ
			BA10/6		2. ЛПНП-ХОЛЕСТЕРОЛ
	3	BA5			ВЕТРАЦИОННИ ПРОДУКТИ
			BA5/5		1. Мочна киселина во серум
	4	BA6			ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС
			BA6/1		1. Натриум
			BA6/2		2. Калиум
	5	BA11			ХОРИОНСКИ СТАТУС
			BA11/16		1. Пероксидивулфаран хидроген (P5H)
			BA11/17		2. Пероксид ВТФ
	6	BA8			ПРОТЕИНСКИ СТАТУС
			BA8/5		1. Протеинурија

Датум на издавање на упатот:

Лекар на издавање упатот:

Име и презиме
Фотоскопи

М.П.

НЗП ОБАВНА: Осигуреникот може да добие во рок од 3 дена по поднесувањето во резултатите да го посети избраниот лекар со медицинската документација, а овозможување на пензии и од социјалното здравствено осигурување. Избраниот лекар од дежурниот тим за издавање упати на примателот образец ЛУ1 и во близоката и избраниот лекар услуги во согласност со стурчени и упати (со на примателот здравствена заштита). Билансирани и лабораториски испитувања и поддржан на ЛУ1 и упати може да ги дава само билансирани лаборатории надлежни за да работат со лекар - специјалист по медицинска биохемија, токсикологија или фармакологија - специјалист по медицинска биохемија.