



ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО  
ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА  
www.fzo.org.mk

## УПАТСТВО

### ЗА НАЧИНОТ НА ПОПОЛНУВАЊЕ И ПРИМЕНА НА ОБРАСЦИ-УПАТИ

#### ВОВЕД

Согласно измените на Правилникот за содржината и начинот на остварување на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување донесени се нови и ревидирани стари обрасци за упатување по нивоа и видови на здравствена заштита во здравствените установи со кои Фондот за здравствено осигурување има склучено договор.

Со ова упатство се објаснува начинот на пополнување за лекарските тимови и примена на обрасците – упати во новиот начин на упатување кој што започна како пилот проект на 1 октомври 2011 година, а официјално ќе биде во примена од 1 јануари 2012 година.

Сите обрасци содржат **основни и специфични елементи кои треба задолжително да бидат пополнети** од страна на стручните служби во здравствените установи. Основните елементи се однесуваат на општите и административните податоци за пациентот и здравствената установа и се пополнува на ист начин за сите видови на упатувањата. Специфичните елементи се однесуваат на административно медицинскиот дел на упатот и се дефинирани одделно за различни нивоа и видови на упатување. Соодветните специфични елементи се дефинирани посебно за секој вид на упатен образец.

Здравствената установа може обрасците електронски да ги пополнува и печати или да ги пополнува обрасците рачно со јасен и читлив ракопис.

#### ОСНОВНИ ЕЛЕМЕНТИ НА ОБРАСЦИТЕ

Сите здравствени установи задолжително треба да ги пополнуваат следните полиња :

- здравствена установа која упатува со дејност и место на здравствената установа;
- број на лекарски дневник;
- здравствена установа во која се упатува, со дејност и место на здравствената установа;
- презиме, име на родител/старател и име на осигуреникот;
- адреса на живеење на осигуреникот;

- број на здравствена легитимација или единствен здравствен број на осигуреникот (ЕЗБО);
- единствен матичен број (ЕМБГ) на осигуреникот;
- место и датум на издавање на упатот

Содржината на обрасците задолжително се потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој упатува и
- печат на здравствената установа.

## ВИДОВИ УПАТНИ ОБРАСЦИ

### 1. СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ – СУБСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ ( ОБРАЗЕЦ СУ )

#### **Примена на образецот:**

Овој образец во согласност со Упатството, може да го користи избраниот лекар кога упатува до лекар специјалист за определена специјалистичко консултативна здравствена услуга во јавни и приватни здравствени установи на територијата на Р. Македонија, освен во Универзитетските клиници во Скопје.

Образецот може да го користи лекарот специјалист за упатување до субспецијалист, доколку според Листите на здравствени услуги, потребната здравствена услуга се пружа исклучиво во универзитетските клиници во Скопје.

#### **Исклучоци во примената на образецот кај избраниот лекар:**

– Избраниот лекар може да го упати осигуреникот и на повисоко ниво на здравствена заштита во Универзитетска клиника или болница само во определени ситуации и за определени состојби за што задолжително во здравствениот картон на осигуреникот треба да даде образложение за причината на упатувањето.

Овој исклучок важи за избраниот лекар само за следните состојби:

1. Доколку избраниот лекар процени дека станува збор за итен случај може осигуреникот да го упати до Универзитетска клиника;
2. Во случај кога кај осигуреното лице е веќе дијагностицирано и потврдено хронично заболување, а на Извештајот на специјалистот – субспецијалистот е евидентиран закажан контролен преглед, дијагностичко испитување или третман на соодветната Универзитетска клиника;
3. Доколку според Листите на здравствени услуги кои ги објавува Министерството за здравство, потребната здравствена услуга се пружа исклучиво во Универзитетските клиници во Скопје;

4. Избраниот лекар од општа медицина може да ги упати децата до 14-годишна возраст до Универзитетската клиника за детски болести – Скопје;
5. Избран лекар од дејноста гинекологија може да упати до Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – Скопје;

**Пополнување на специфичните елементи на обрасците:**

Покрај основните податоци кои се задолжителни и дефинирани во воведот на упатството за овој образец, задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза;
- наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки.

По извршениот преглед или дијагностичка процедура лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот-СУ „Извештај на специјалистот – субспецијалистот“ со следните елементи:

- утврдениот наод (дијагноза) и мислење и
- упатство за понатамошно лекување на осигуреното лице,

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој направил преглед или процедура и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_  
Работна единица - Одделение \_\_\_\_\_  
Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

ФЗОМ -Образец СУ

До

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_  
Специјалност - субспецијалност \_\_\_\_\_  
Место \_\_\_\_\_

### СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува \_\_\_\_\_ Презиме, име на родител/старател и име \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_  
Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_  
Единствен здравствен број на осигуреникот \_\_\_\_\_  
Единствен матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба \_\_\_\_\_  
Основ на осигурување \_\_\_\_\_ Број на здравствен картон \_\_\_\_\_

На специјалистички - субспецијалистички преглед се упатува поради \_\_\_\_\_

Наоди за извршените прегледи, дијагностички и терапевтски постапки \_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година МП Потпис и факсимил на лекар \_\_\_\_\_

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_  
Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

### ИЗВЕШТАЈ НА СПЕЦИЈАЛИСТОТ - СУБСПЕЦИЈАЛИСТОТ

На \_\_\_\_\_ Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице \_\_\_\_\_

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_  
Единствен здравствен број на осигуреникот \_\_\_\_\_  
Единствен матичен 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 \_\_\_\_\_

Формат

## 2. ИНТЕР – СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИСУ)

### Примена на образецот

Овој образец во согласност со Упатството го користи лекарот специјалист кога упатува до друг специјалист во јавна или приватна здравствена установа која обезбедува специјалистичко консултативна здравствена заштита, освен до Универзитетски клиници во Скопје.

Овој образец го користат и лекари специјалисти односно субспецијалисти од Универзитетските клиници кога го упатуваат осигуреното лице за специјалистичко консултативна здравствена услуга на друга Универзитетска клиника.

### Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните податоци задолжително се пополнува и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза;
- наоди за извршени прегледи, дијагностички и терапевтски постапки.

По извршениот преглед или дијагностичка процедура лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот-СУ „Извештај на специјалистот – субспецијалистот“ со следните елементи:

- утврдениот наод (дијагноза) и мислење и
- упатство за понатамошно лекување на осигуреното лице,

и истото го потврдува со:

- факсимил на лекарот кој направил преглед или процедура и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа

ФЗОМ -Образец ИСУ

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

До

Назив на здравствена установа

Специјалност

Место

### ИНТЕР - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ УПАТ

Се упатува

Презиме, име на родител/старател и име

Адреса

□□□□ - □□□□□□□□□□ - □□□□

Број на здравствена легитимација

□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен 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

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

Формат .

### 3. БОЛНИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ БУ)

#### Примена на образецот

Овој образец во согласност со Упатството го користи лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице за стационарно лекување во болничка јавна или приватна здравствена установа (општи, специјални и клинички болници, како и Универзитетските клиници во Скопје).

#### Исклучоци во примената на образецот:

Освен специјалист/субспецијалист и избраниот лекар може да го упати осигуреникот по исклучок и на повисоко ниво на здравствена заштита во Универзитетска клиника или болница за што задолжително во здравствениот картон на осигуреникот треба да даде образложение за причината на упатувањето.

Овој исклучок важи само за следните состојби:

1. доколку избраниот лекар процени дека станува збор за итен случај може осигуреникот директно да го упати до болницата или Универзитетска клиника за болничко стационарно лекување;;
2. избраниот лекар може да упати до болница или Универзитетска клиника за болничко лекување во случај кога кај осигуреното лице е веќе дијагностицирано и потврдено хронично заболување, а на Извештајот на специјалистот – субспецијалистот е евидентирано закажано болничко лекување;
3. избраниот лекар по општа медицина врз основа на издадено Решение од Лекарската комисија на ФЗОМ, може да издаде болнички упат за продолжено болничко лекување во специјални болници за специјализирана медицинска рехабилитација.
4. избраниот лекар може да упати за стационарно лекување и до Универзитетските клиници во Скопје доколку според Листите на здравствени услуги, потребната болничка здравствена услуга се пружа исклучиво во Универзитетските клиници во Скопје;
5. Децата до 14-годишна возраст избраниот лекар по општа медицина може да ги упати за болничко лекување до Универзитетската клиника за детски болести во Скопје;
6. Избран лекар од дејноста гинекологија може да упати за болничко лекување до Универзитетската клиника за гинекологија и акушерство – Скопје;

#### Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник – да се заокружи, доколку е потребен.

Доколку станува збор за еден од исклучоците и избраниот лекар го издава болничкиот упат, лекарот кој упатува на образецот задолжително треба да заокружи кој од исклучоците е применет:

1. Дијагностицирано хронично заболување;
2. Итен случај по проценка на избраниот лекар (покрај заокружувањето лекарот кој упатува задолжително треба да наведе и образложение);
3. Итен случај кој веќе е хоспитализиран во болница (покрај заокружувањето лекарот кој упатува задолжително треба да го наведе бројот на потврда за прием на осигуреното лице хоспитализирано во болничка установа).



Назив на здравствена установа  
Работна единица - Одделение  
Број на лекарски дневник

ФЗОМ -Образец БУ

До

Назив на болничка здравствена установа  
Работна единица - Одделение  
Место

### БОЛНИЧКИ УПАТ

Се упатува на болничко лекување  
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена легитимација  
Единствен здравствен број на осигуреникот

Единствен матичен број

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Основ на осигурување

Број на здравствен картон

Задолжително да се заокружи доколку упатува избраниот лекар:

- 1. Дијагностицирано хронично заболување
- 2. Итен случај по проценка на избраниот лекар (да се наведе образложение)
- 3. Итен случај (да се наведе број на потврда за прием на осигурено лице хоспитализирано во болничка установа)

Дијагноза  
Шифра

Со придружник - придружник не е потребен

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година  
МП Потпис и факсимил на лекар

#### 4. ИНТЕР – ОДДЕЛЕНСКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИОУ)

##### **Примена на образецот:**

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице од едно на друго одделение во рамките на иста јавна или приватна здравствена установа (општи, специјални и клинички болници).

Овој образец го користи и лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице од едно на друго одделение во рамките на иста Универзитетска клиника која има повеќе одделенија.

Овој образец се користи во здравствените установи за интерна евиденција и истиот не се доставува до Фондот за фактурирање на здравствените услуги.

##### **Пополнување на специфичните елементи на обрасците:**

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

\_\_\_\_\_  
Назив на здравствена установа

\_\_\_\_\_  
Работна единица - Одделение

\_\_\_\_\_  
Место

Број на лекарски дневник

До

\_\_\_\_\_  
Работна единица - Одделение

## ИНТЕР-ОДДЕЛЕНСКИ УПАТ

Се упатува на болничко лекување \_\_\_\_\_  
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

\_\_\_\_\_  
Адреса

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Број на здравствена легитимација

\_\_\_\_\_  
Единствен матичен број

\_\_\_\_\_  
Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Основ на осигурување

\_\_\_\_\_  
Број на здравствен картон

Дијагноза \_\_\_\_\_ Шифра \_\_\_\_\_

Со придружник - придружник не е потребен \_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

## 5. ИНТЕР – БОЛНИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИБУ)

### **Примена на образецот:**

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист кога го упатува осигуреното лице од една во друга јавна или приватна болничка здравствена установа (општи, специјални и клинички болници);

### **Пополнување на специфичните елементи на обрасците:**

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација;
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

Назив на болничка здравствена установа \_\_\_\_\_

Работна единица - Одделение \_\_\_\_\_

Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

До \_\_\_\_\_

Назив на болничка здравствена установа \_\_\_\_\_

Работна единица - Одделение \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_

## ИНТЕР-БОЛНИЧКИ УПАТ

Се упатува на болничко лекување \_\_\_\_\_

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_

Единствен матичен број \_\_\_\_\_

Единствен здравствен број на осигуреникот \_\_\_\_\_

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба \_\_\_\_\_

Основ на осигурување \_\_\_\_\_

Број на здравствен картон \_\_\_\_\_

Дијагноза \_\_\_\_\_

Шифра \_\_\_\_\_

Со придружник - придружник не е потребен \_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП \_\_\_\_\_

Потпис и факсимил на лекар \_\_\_\_\_

## 6. ИНТЕР – КЛИНИЧКИ УПАТ (ОБРАЗЕЦ ИКУ)

### **Примена на образецот:**

Овој образец го користи лекарот специјалист или субспецијалист кој го упатува осигуреното лице кое е на стационарно лекување од една ЈЗУ Универзитетска клиника за стационарно лекување во друга ЈЗУ Универзитетска клиника во Скопје.

### **Пополнување на специфичните елементи на обрасците:**

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- упатна дијагноза со шифра на дијагноза по МКБ 10 класификација
- придружник (ова поле се заокружува и пополнува доколку е неопходен придружник).

Назив на клиничка болничка здравствена установа

Работна единица - Одделение

Број на лекарски дневник

До

Назив на клиничка болничка здравствена установа

Место

### ИНТЕР - КЛИНИЧКИ УПАТ

Се упатува на:

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба

Оснoв на осигурување

Број на здравствен картон

Дијагноза

Шифра

Со придружник - придружник не е потребен

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

## 7. ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ – 1 (ОБРАЗЕЦ ЛУ–1)

### **Примена на образецот:**

Овој образец го користи избраниот лекар за биохемиски лабораториски услуги дефинирани во ЛУ–1 „минимален пакет на биохемиски услуги по упат на избран лекар“.

Овој образец го користи и лекарот специјалист/субспецијалист за биохемиски лабораториски услуги како дел од ЛУ–2 „проширен пакет на биохемиски услуги за потребите на лекарот специјалист /субспецијалист“ во специјалистичко–консултативна здравствена заштита.

### **Пополнување на специфичните елементи на обрасците:**

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- да се заокружи шифрата на пакетот или шифрата на услугата од статусот со лабораториски услуги за која се упатува осигуреното лице.



Од Назив на здравствена установа Работна единица Место	До Назив на здравствена установа Работна единица Место
---	---

**ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 1**

Се упатува:

  
 Број на здравствена легитимација

  
 Единствен здравствен број на осигуреникот

  
 Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

  
 Адреса

  
 Единствен матичен број на осигуреникот

Р.бр	Шифра на пакет	Шифра на услугата од статусот	Дел	Опис на статусот / лабораториската услуга
1	2	3	4	5
<b>1</b>	<b>БА2</b>			<b>ХЕМАТОЛОШКИ СТАТУС</b>
<b>1.1</b>		БА2/1		Седиментација на еритроцити
<b>1.2</b>		БА2/2		Крвна слика со диференцијална крвна слика
			1.	Хемоглобин
			2.	Еритроцити
			3.	Леукоцити
			4.	Тромбоцити
			5.	Хематокрит
			6.	Диференцијална крвна слика
			6.a	Неутрофили
			6.б	Линфоцити
			6.в	Еозинофили
			6.г	Моноцити
<b>2</b>	<b>БА13</b>			<b>УРИНАРЕН СТАТУС со седимент</b>
			1.	pH
			2.	Специфична тежина
			3.	Белковини
			4.	Глукоза во урина
			5.	Кетони
			6.	Седимент на урина
			7.	Уробилиноген
<b>3</b>	<b>БА4</b>			<b>ГЛУЦИДЕН СТАТУС</b>
		БА4/1		Глукоза во серум ( Гликемија)
<b>4</b>	<b>БА10</b>			<b>ЛИПИДЕН СТАТУС</b>
		БА10/3		Вкупен холестерол
		БА10/2		Триглицериди
<b>5</b>	<b>БА5</b>			<b>ДЕГРАДАЦИОНИ ПРОДУКТИ</b>
		БА5/1		Уреа во серум
		БА5/3		Креатинин во серум
		БА5/7		Вкупен билирубин
<b>6</b>	<b>БА7</b>			<b>ЕНЗИМСКИ СТАТУС</b>
		БА7/8		АСТ - Аспартат аминотрансфераза
		БА7/9		АЛТ Аланин аминотрансфераза
<b>7</b>	<b>БА8</b>			<b>ЕЛЕКТРОЛИТЕН СТАТУС - во серум</b>
		БА8/8		Железо ( Fe)
<b>8</b>	<b>БА16</b>			<b>ИВ. Тест за бременост</b>
		БА16/3		Тест за бременост $\beta$ -НСГ во серум

Во \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год. \_\_\_\_\_ М.П. \_\_\_\_\_ Потпис и факсимил на лекар

## 8. ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ – 2 (ОБРАЗЕЦ ЛУ–2 )

### **Примена на образецот:**

Овој образец го користи лекарот специјалист/субспецијалист за биохемиски лабораториски услуги дефинирани во ЛУ–2 „проширен пакет на биохемиски услуги потребите на лекарот специјалист /субспецијалист“ во специјалистичко консултативна здравствена заштита.

### **Исклучоци во примена:**

Покрај лекарот специјалист/субспецијалист овој образец може да го користи и избраниот лекар гинеколог исклучиво за хормонален статус.

### **Пополнување на специфичните елементи на обрасците:**

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- вид на здравствена услуга–лабораториска анализа (описно или со шифра)

По извршените биохемиско лабораториски анализи лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот ЛУ–2 „Извештај – лабораториски наод “ со следното:

-утврдениот лабораториски наод

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот специјалист по клиничка биохемија кој ја извршил услугата и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа

ФЗОМ -Образец ЛУ - 2

Работна единица

Број на лекарски дневник

До

Назив на здравствена установа

Место

## ЛАБОРАТОРИСКИ УПАТ - 2

Се упатува

Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице

Адреса

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Број на здравствена легитимација

\_\_\_\_\_

Единствен матичен број на осигуреникот

Единствен здравствен број на осигуреникот

\_\_\_\_\_

Основ на осигурување

\_\_\_\_\_

Број на здравствен картон

Вид на здравствена услуга - лабораториска анализа

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Назив на здравствена установа

Број на лекарски дневник

## ИЗВЕШТАЈ - ЛАБОРАТОРИСКИ НАОД

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 лабораториски наод

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП

Потпис и факсимил на лекар

Форма

## 9. УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА-1 (ОБРАЗЕЦ РДУ-1)

### Примена на образецот:

Овој образец го користи избраниот лекар за радиодијагностички услуги дефинирани во РДУ-1 „минимален пакет на радиодијагностички услуги по упат на избран лекар“ (РТГ- нативно или контрастно снимање, ЕХО дијагностика и мамографија).

Овој образец може да го користи и лекарот специјалист/субспецијалист за радиодијагностички услуги како дел од РДУ-2 “проширен пакет на радиодијагностички услуги“ за потребите на лекарот специјалист /субспецијалист.

### Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството задолжително треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- вид на радиодијагностичка здравствена услуга (описно или со шифра)

По извршените радиодијагностички услуги лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот РДУ-1 „Извештај – радиодијагностички наод“ со следното:

- утврдениот радиодијагностички наод,

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој ја извршил здравствената услуга и
- печат на здравствената установа

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_

ФЗОМ -Образец РДУ - 1

Работна единица - Одделение \_\_\_\_\_

Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

До \_\_\_\_\_

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_

Место \_\_\_\_\_

## УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА -1

Се упатува \_\_\_\_\_

Презиме, име на родител/старател и име \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Број на здравствена легитимација

\_\_\_\_\_  
Единствен матичен број на осигуреникот

\_\_\_\_\_  
Единствен здравствен број на осигуреникот

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Основ на осигурување

\_\_\_\_\_  
Број на здравствен картон

За снимање на: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП \_\_\_\_\_

Потпис и факсимил на лекар \_\_\_\_\_

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_

Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

## ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

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 радиодијагностички наод \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година

МП \_\_\_\_\_

Потпис и факсимил на лекар \_\_\_\_\_

Формат: А4

## 10. УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА-2 (ОБРАЗЕЦ РДУ-2 )

### Примена на образецот:

Овој образец го користи лекарот специјалист/субспецијалист за радиодијагностички услуги дефинирани во РДУ2 „проширен пакет на радиодијагностички услуги“ (КТ, МНР и други специфични радиодијагностички процедури).

### Пополнување на специфичните елементи на обрасците:

Покрај основните елементи дефинирани во воведниот дел на упатството треба да се пополни и следното:

- подрачна служба на здравственото осигурување на осигуреното лице;
- основ на осигурување;
- број на здравствен картон;
- вид на радиодијагностичка здравствена услуга(описно или со шифра)

По извршените радиодијагностички услуги лекарот специјалист односно субспецијалист е должен да го пополни вториот дел од образецот РДУ-2 , Извештај – радиодијагностички наод со следното:

- утврдениот радиодијагностички наод

и истото го потврдува со:

- потпис и факсимил на лекарот кој ја извршил здравствената услуга и
- печат на здравствената установа.

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_  
Работна единица - Одделение \_\_\_\_\_  
Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

ФЗОМ -Образец РДУ - 2

До \_\_\_\_\_

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_  
Место \_\_\_\_\_

## УПАТ ЗА РАДИОДИЈАГНОСТИКА - 2

Се упатува \_\_\_\_\_  
Презиме, име на родител/старател и име \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_  
Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_  
Единствен здравствен број на осигуреникот \_\_\_\_\_  
Единствен матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_

Осигурено лице е пријавено во здравствено осигурување во подрачна служба \_\_\_\_\_  
Осигурување \_\_\_\_\_  
Број на здравствен картон \_\_\_\_\_

За снимање на: \_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година      МП      Потпис и факсимил на лекар \_\_\_\_\_

Назив на здравствена установа \_\_\_\_\_  
Број на лекарски дневник \_\_\_\_\_

## ИЗВЕШТАЈ - РАДИОДИЈАГНОСТИЧКИ НАОД

На \_\_\_\_\_  
Презиме, име на родител/старател и име на осигуреното лице \_\_\_\_\_

Број на здравствена легитимација \_\_\_\_\_  
Единствен здравствен број на осигуреникот \_\_\_\_\_  
Единствен матичен број на осигуреникот \_\_\_\_\_

е утврден следниот радиодијагностички наод \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Во \_\_\_\_\_ 20\_\_ година      МП      Потпис и факсимил на лекар \_\_\_\_\_  
Форма \_\_\_\_\_

Изготвил: Д-р Ана Петрова  
Д-р Игор Неловски  
Д-р Жаклина Крстевска  
Д-р Петко Исјановски  
Д-р Билјана Новеска-Петровска  
Одобрил: М-р Татјана Лукановска

**Директор**  
**М-р Маја Парнарџиева- Змејкова**

**ВД Директор**  
**М-р Виолета Петровска**