

Извештај за стационарно лекувано лице

1. Организација на здружениот труд од областа на здравството

(назив и општина)

--	--	--	--	--

2. Болница-стационар

(назив и општина)

--	--	--	--	--

3. Организациона един. (служба-одделение)

(назив и општина)

--	--	--	--	--

4. Презиме и име _____

--	--	--	--	--

5. Адреса (место и општина) _____

6. Број на историјата на болеста _____

7. Матичен број на осигуреникот _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

8. Датум на раѓање; ден _____ месец _____ година _____

9. Пол

Машко _____ 1

Женско _____ 2

10. Работа која ја врши _____

--	--	--	--	--

11. Регистарски број на осигуреникот _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

12. Категорија на здравственото осигурување

--- Работничко осигурување

активни осигуреници _____

останати осигурени лица _____

1

2

--- Земјоделско осигурување _____

3

--- Неосигурени лица _____

4

13. Инвалид на трудот

Да _____ 1

Не _____ 2

14. Датум на приемот; ден _____ месец _____ година _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

15. Датум на испитот (отпишувањето) ден _____ месец _____ година _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

16. Основно заболување, природа на повредата, односно состојбата поради која е лекуван, односно вршена рехабилитација (по МКБ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--

16a. Извршена операција; ден _____ месец _____ година _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

17. Повреда

на работа _____ 1

на пат или враќање од работа _____ 2

во домот _____ 3

останати повреди _____ 4

18. Надворешна причина на повредата (по МКБ)

--	--	--	--	--

19. Време на повредата; час _____ ден _____ месец _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

20. Рехабилитација

оспособен за својата работа _____ 1

оспособен за работа со промена на работно место _____ 2

оспособен за работа под услов да се преквалификува _____ 3

оспособен само за вршење на секојдневни неопходни активности _____ 4

оспособен за работа во скратено работно време _____ 5

лекување без успех _____ 6

21. за умрени основна причина на смртта (по МКБ)

--	--	--	--	--

22. Обдукција извршена

Да _____ 1

Не _____ 2

Во _____

(Презиме и име на лекарот)

Датум _____ 20 _____ год.

(потпис на лекарот)