

ПРИЈАВА ЗА ПРЕКИД НА БРЕМЕНОСТА - АБОРТУС

1. Организација на здружен труд во областа на справјето _____

 _____ (назив и општина)
2. ООЗТ _____
 _____ (назив и општина)
3. Организациона единица (Служба - одделение) _____
 _____ (назив и општина)
4. Број на историјата на болеста _____
5. Матичен број на осигуреникот _____
6. Дата на раѓање: _____
 ден _____ месец _____ година _____
7. Брачна состојба
 Во брак _____ 1
 Вон брак _____ 2
8. Занимање - работа која ја врши _____
9. Носител на здравствено осигурување - Носител на правото на здравствената заштита.
 Работникот во здружен труд; пензионер, земјоделец, итн. Да _____ 1
 Не _____ 2
 Воен осигуреник Да _____ 1
 Не _____ 2
10. Категорија на здравственото осигурување - Категорија на корисниците на здравствената заштита.
 Работниците на Здружен труд и со нив изедначени лица и членови на нивните семејства _____ 1
 Корисници на пензија (пензионери) и членови на нивните семејства _____ 1
 Воени инвалиди _____ 3
 Земјоделци и членови на нивните семејства _____ 4
 Останати корисници на здравствена заштита _____
 Членови на семејства времено вработени во странство за кои спрема меѓународните спогодби и конвенции странските носители на осигурувањето ја надоместуваат здравствената заштита _____ 5
 Државјани на други земји _____ 6
 Неосигурани лица _____ 7

19 12 4 3074

11. Инвалид на трудот Да _____ 1
Не _____ 2

12. Дата на приемот
ден _____ месец _____ година _____

13. Дата на испитот (отпишување)
ден _____ месец _____

14. Број на живи деца _____

15. Број на абортуси (прекин на бременоста) _____

16. Категорија на абортусот _____

17. Во која седмица на бременост абортусот е извршен - компетиран _____

18. Компликации настанати во тек на абортусот (прекин на бременост) _____

19. Основна причина на смртта _____

Во _____
Дата _____ год.

(Презиме и име на лекарот)

(потпис на лекарот)