

20131192854

## **ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ НА МАКЕДОНИЈА**

Врз основа на член 56 став 1 точка 14 од Законот за здравственото осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 25/2000, 34/2000, 96/2000, 50/2001, 11/2002, 31/2003, 84/2005, 37/2006, 18/2007, 36/2007, 82/2008, 98/2008, 6/2009, 67/2009, 50/2010, 156/2010, 53/2011, 26/2012, 16/2013 и 91/2013) и член 95 од Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 54/2012, 138/2012 и 164/2012), Управниот одбор на Фондот за здравствено осигурување на Македонија на седницата одржана на 18 јули 2013 година, донесе

### **О Д Л У К А**

#### **ЗА ИЗМЕНУВАЊЕ И ДОПОЛНУВАЊЕ НА ОДЛУКАТА ЗА УТВРДУВАЊЕ НА ОБРАСЦИТЕ ПРЕДВИДЕНИ ВО ПРАВИЛНИКОТ ЗА СОДРЖИНАТА И НАЧИНОТ НА ОСТВАРУВАЊЕТО НА ПРАВАТА И ОБВРСКИТЕ ОД ЗАДОЛЖИТЕЛНОТО ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРУВАЊЕ**

##### **Член 1**

Во Одлуката за утврдување на обрасците предвидени во Правилникот за содржината и начинот на остварувањето на правата и обврските од задолжителното здравствено осигурување („Службен весник на Република Македонија“ број 133/2011, 5/12, 29/12 и 79/12), образецот на Упатот за радиодијагностика 1 - „Образец РДУ -1“ и образецот на Упатот за радиодијагностика 2 - „Образец РДУ -2“, се заменуваат со нови обрасци кои се составен дел на оваа одлука.

##### **Член 2**

Оваа одлука влегува во сила со денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“, образецот на Упатот за радиодијагностика 1 - „Образец РДУ-1“, образецот на Упатот за радиодијагностика 2 - „Образец РДУ -2“, ќе се применуваат откако ќе се обезбедат соодветни технички услови за нивно реализирање.

Бр. 02–9769/15  
18 јули 2013 година  
Скопје

Управен одбор  
Претседател,  
**Ангел Митевски, с.р.**

Упат Бр. \_\_\_\_\_

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Организациона единица
_____ Број на лекарски дневник		_____ Назив на апарат
		_____ Термин

### 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 \_\_\_\_\_  
Осигурување \_\_\_\_\_  
Осигурување \_\_\_\_\_  
Број на здравствен картон

Дијагноза \_\_\_\_\_  
Шифра \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_ Упат Бр. \_\_\_\_\_  
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 рендегнски наод \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

ФЗОМ -Образец РДУ-2

Упат Бр. \_\_\_\_\_

_____ Назив на здравствена установа	ДО	_____ Назив на здравствена установа
_____ Работна единица - Одделение		_____ Организациона единица
_____ Број на лекарски дневник		_____ Назив на апарат
		_____ Термин

### 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

\_\_\_\_\_  
Оснoв на осигурување

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

Дијагноза \_\_\_\_\_  
Шифра \_\_\_\_\_

За снимање на: \_\_\_\_\_

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

Упат Бр. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
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 рендгенски наод \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Формат: А4