

Назив на здравствена установа

Работна единица - одделение

Број на лекарски дневник

**ПОТВРДА
ЗА ПОТРЕБА ОД ОРТОПЕДСКО ПОМАГАЛО**

На осигуреното лице

Презиме, татково име и име на осигурено лице

Адреса

Број на здравствена легитимација

Единствен матичен број

со дијагноза

Шифра

утврдена е потреба од

Назив на помагалото

Место и дата на пропишување 20__ год.

МП

Потпис на лекарот

Дата на важност од

*се пополнува само при пропишување на помагала
за месечно користење

ЗАВЕРКА НА ПОТВРДАТА

Осигуреното лице има право на помагалото

Шифра на помагалото

Назив на помагалото

Осигуреното лице учествува со лични средства во цената на помагалото

Партиципација

Матичен број

Име и презиме на лицето кое врши заверка на помагалото

Во 20__ година

МП

Потпис на овластениот работник

ИЗДАВАЊЕ НА ПОМАГАЛОТО

Произведувачот на помагалото

Дата на нарачка

Дата на превземање на помагалото

Наплатено учество

Вкупно за фактурирање

МП

Потпис на овластениот работник

Потпис на лице кое го подига помагалото

Матичен број

Име и презиме на корисникот на помагалото или на
лице во името на лицето корисник (од лична карта)