

Назив на здравствена установа

Одделение

Место

КОНЗИЛИЈАРНО МИСЛЕЊЕ**ЗА ЛЕКОВИ ОД ЛИСТАТА НА ЛЕКОВИ НА ТОВАР НА ФЗОМ**

Име и презиме _____
Адреса _____
ЕМБГ _____
ЕЗБО _____
Сериски бр. на ЕЗК / Бр. на здравствена легитимација _____

Пациентот се лекува во нашата здравствена установа со дијагноза _____ и
шифра на дијагноза по МКБ – 10 АМ _____.

Конзилијарното мислење се издава за следните лекови:

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____

(генеричко име и фармацевтска дозажна форма со јачина на лекот)

Конзилијарното мислење е со важност до денот на закажаниот контролен преглед
на _____, но не подолго од 1 година.

Образложение _____

Директор

Во _____

Дата _____

МП

Лекарски конзилиум

1. _____

2. _____

3. _____