”

НАПРАВЛЕНИЕ ЗА МЕДИКО-ДИАГНОСТИЧНА ДЕЙНОСТ

№ ☐☐☐☐☐☐ амбулаторен лист № ☐☐☐☐☐☐

Пациент

ЕГН (ЛНЧ) на пациента | РЗОК № | здравен район

Идентификационен номер

☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ код здравно

.....

име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: пр. (с.).....

Ул.....№.....

ж.к.....бл.....вх.....ет.....ап.....

Изпращащ лекар/лекар по дентална медицина

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

код специалност | УИН на лекар/ЛПК на лекар по дентална медицина

☐ заместващ ☐ нает | УИН на заместващият лекар

Дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ лекар/лекар по дентална медицина.....

подпис и личен печат и/или печат на лечебното заведение

Изпраща се за: **МКБ** ☐☐☐.☐☐ ☐☐☐.☐☐ ☐☐ Тип

Кодове на назначени МДД

☐☐.☐☐ ☐ изпълнено	☐☐.☐☐ ☐ изпълнено	☐☐.☐☐ ☐ изпълнено
☐☐.☐☐ ☐ изпълнено	☐☐.☐☐ ☐ изпълнено	☐☐.☐☐ ☐ изпълнено

Извършващ лекар/лекар по дентална медицина

Рег. номер на лечебното заведение

НЗОК номер

Подпис на лекар	код специалност	УИН на лекар/ЛПК на лекар по дентална медицина
.....	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
.....	☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Печат на лечебното заведение

Дата: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ Пациент: .....

Бл. МЗ-НЗОК № 4

“