„

МЕДИЦИНСКО НАПРАВЛЕНИЕ ЗА КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ / АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

ПАЦИЕНТ ☐☐ РЗОК № ☐☐ здравен район ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ ЕГН (ЛНЧ) на пациента ☐ Пол м/ж

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Идентификационен номер

☐ ЕГН ☐ ЛНЧ дата на раждане ☐☐.☐☐.☐☐☐☐ ☐☐ код на държава

☐ ССН ☐ гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби)

....
име, презиме и фамилия по лична карта

Адрес: гр. (с.) ....
ул. .... №. ....
ж.к. .... бл. .... вх. .... ет. .... ап. ....

НАСОЧЕН ОТ: ☐ 2- СИМП, 3 – ПЗБЛ, 4 - спешна помощ, 5 КОЦ, 6-ДЦ

☐☐ здравен район ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ регистрационен номер на лечебното заведение

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ НЗОК номер

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ УИН на лекаря

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ УИН на заместващия лекар

....
име на лечебното заведение

....
име и фамилия на лекаря

НАСОЧВА СЕ ЗА КЛ. ПРОЦЕДУРА ☐☐.☐ **АМБ. ПРОЦЕДУРА** ☐☐.☐ ☐ спешен ☐ планов

дата на насочване: ☐☐ ден ☐☐ месец ☐☐☐☐ година насочващ лекар: ....
подпис и печат на лечебното заведение

ЛЕЧЕБНО ЗАВЕДЕНИЕ, ИЗПЪЛНИТЕЛ НА КЛ. ПРОЦЕДУРА / АМБ. ПРОЦЕДУРА ☐☐ здравен район ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ регистрационен номер на лечебното заведение

....
име на лечебното заведение

ПО КЛ. ПРОЦЕДУРА ☐☐.☐ **АМБ. ПРОЦЕДУРА** ☐☐.☐ ☐ спешен ☐ планов

☐ Отказ за извършване на КПр /АПр .... лекар: ....
подпис и печат на лечебното заведение

Диагноза: .... МКБ 10 ☐☐☐.☐☐☐☐☐.☐☐
.... МКБ 10 ☐☐☐.☐☐☐☐☐.☐☐

Код на процедура по МКБ 9КМ ☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐ ☐☐.☐☐

Код на процедура по АКМП: ☐☐☐☐☐.☐☐ ☐☐☐☐☐.☐☐ ☐☐☐☐☐.☐☐

ИЗ на детето (за новородено): ☐☐☐☐☐ номер ☐☐☐☐☐ година г.с. на майката: ☐☐

Актова книга №. ☐☐☐☐☐ ИАМН/РЗИ №. на ЛЗ на раждане ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

първи преглед: ☐☐ ден ☐☐ месец ☐☐☐☐ година планов прием: ☐☐ ден ☐☐ месец ☐☐☐☐ година приемащ лекар: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ УИН на лекаря

№. ....
листа за планов прием

....
име и фамилия на лекаря, подпис

ИЗВЪРШЕНИ КЛИНИЧНИ ПРОЦЕДУРИ/АМБУЛАТОРНИ ПРОЦЕДУРИ

Дата КПр./АПр. /апликация (дд.мм.гггг)	Час на започване (hh:mm)	Час на завършване (hh:mm)	Фамилия на лекаря, извършил КПр./ АПр.
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....
☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐	☐☐ ☐☐	☐☐ ☐☐	....

Общ. брой извършени КПр/АПр ☐☐ **Общ. брой дни (за перитонеална диализа)** ☐☐ **Преведен към КП** ☐☐☐☐

Болн. лист №. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ бр. дни ☐☐☐ от дата: ....

Пациентът (родителят/настойникът) се подписва след последната КПр/АПр за месеца или при приключване на процедурите в съответното ЛЗ.
Пациент (родител/настойник)...
(подпис)

Директор на лечебното заведение: ....
подпис и печат на лечебното заведение

Началник на клиника/ отделение: ....
фамилия, подпис

Лекуващ лекар: ....
фамилия, подпис
☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ УИН на лекуващия лекар

Бл. МЗ-НЗОК №. 8

“