

МЕДИЦИНСКИ ПРОТОКОЛ НА ЛКК № дата

ЛКК №

КЪМ
име на лечебното заведение

регистрационен номер на лечебното заведение

.....
адрес на лечебното заведение (област, община, град, ул., №)

.....
телефон

Име и фамилия на лекар

УИН на лекар

Председател:

Д-р

Членове:

Д-р

Д-р

Д-р

Д-р

Д-р

Освидетелствано лице

Пол м/ж

ЕГН (ЛНЧ) на пациента

Идентификационен номер

код на държава

ЛНЧ

ССН

гражданин на ЕС (или по двустранни спогодби) дата на раждане

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

Лична карта № дата: Електронен адрес (e-mail) Телефон:
(ако има такъв)

Постоянен адрес:
(област, община, град, ул., №)

Настоящ адрес:
(област, община, град, ул., №)

Лицето работи в момента

Месторабота (за лица на и над 16-годишна възраст):
(име на фирма, адрес, длъжност, телефон)

Диагноза на водещото заболяване

Диагнози на придружаващите заболявания

.....
.....
.....
.....

Анамнеза

.....
.....
.....
.....
.....

Обективно състояние

.....
.....
.....
.....
.....

Медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения

.....

--	--	--	--	--	--

(наименование)

код

Мнение относно временната неработоспособност или трайно намалената работоспособност/вид и степен на увреждане на лицето:

.....
.....
.....

Болничен лист № дни, МКБ от до първичен продължение
ТЕЛК № , ЕР на ТЕЛК/НЕЛК № от заседание № дата (д/м/г)

Освидетелстване за снабдяване с медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения

(попълва се при избрани медицински изделия, помощни средства, приспособления и съоръжения)

Изпраща се на ТЕЛК за:

- Освидетелстване;
 - временна неработоспособност;
 - трайно намалена работоспособност/вид и степен на увреждане;
- Преосвидетелстване по повод:
 - изтичане срока на последното експертно решение;
 - влошено здравословно състояние;
 - подобро здравословно състояние;
 - срока на инвалидизиране;
 - противопоказни условия на труд;
 - причинна връзка;
 - социални придобивки;
 - други поводи, предвидени в нормативни актове.

(Забележка. Избира се от посочените)

Придружаващи документи:

1.	дата на издаване на документа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	дата на издаване на документа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	дата на издаване на документа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4.	дата на издаване на документа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5.	дата на издаване на документа	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ЛКК: (печат на лечебното заведение)

- 1.
/Име и фамилия, подпис/
- 2.
/Име и фамилия, подпис/
- 3.
/Име и фамилия, подпис/
- 4.
/Име и фамилия, подпис/
- 5.
/Име и фамилия, подпис/

Забележка. Придружаващите документи се прилагат.