

МЕДИЦИНСКО УДОСТОВЕРЕНИЕ

Медицинското удостоверение се издава от лекуващия лекар на застрахованото лице в случаите, когато не може да бъде издаден болничен лист (когато застрахованото лице е дете, пенсионер, безработен).

Моля, отговорете точно на всеки от въпросите и впишете диагнозите на български език. Това е важно за доказване на претенцията на застрахованото лице. Предварително Ви благодарим за оказаното съдействие!

ЛЕКАР, ПРОВЕЛ ЛЕЧЕНИЕТО:

/Име, презиме, фамилия/

Специалност:

Лечебно заведение:

Адрес на практиката: гр./с., ул.

Сл. тел., моб. тел.

Рег. № на практиката, РЗОК №, здр. район

ДАНИ НА ЗАСТРАХОВАНОТО ЛИЦЕ:

....., ЕГН:

/Име, презиме, фамилия/

Адрес: гр./с , ж.к./ул., бл., вх.

Дата и час на събитието:, място на събитието:

АНАМНЕЗА:

Обективен статус на застрахованото лице:

Клинична диагноза, на български език:

....., Код по МКБ:

Придружаващи заболявания:, Код по МКБ:

....., Код по МКБ:

Настъпилото застрахователно събитие се дължи на:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Злополука | <input type="checkbox"/> Остро заболяване |
| <input type="checkbox"/> Последници от предишна злополука | <input type="checkbox"/> Обострено хронично заболяване |

Назначена терапия:

.....

- РЕЖИМ НА ЛЕЧЕНИЕ:**
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Болничен; | <input type="checkbox"/> Санаторно-курортен; |
| <input type="checkbox"/> Домашен – стаен; | <input type="checkbox"/> Домашен – амбулаторен; |
| <input type="checkbox"/> Домашен - на легло, постоянно или за определени часове от деня; | |
| <input type="checkbox"/> Свободен – без право да напуска населеното място; | |
| <input type="checkbox"/> Свободен – с право да напуска населеното място в границите на Република България; | |

Обща продължителност на временната неработоспособност¹: от до

В това число: Болнично лечение:	от до
Домашно лечение:	от до
Гипсова имобилизация:	от до
Освобождаване от учебни занятия:	от до
Освобождаване от физ. възпитание:	от до
Рехабилитация и физиотерапия:	от до
Лечение в санаториум:	от до
Свободен режим	от до

Номер на амбулаторен лист: от

Лицето да се яви на преглед на

Дата на прегледа:

Гр./с.

Подпис и печат на лекаря:

¹ Съгласно чл. 23, ал. 10 от Правилника за устройството и организацията на работа на органите на медицинската експертиза и на регионалните картотеки на медицинските експертизи - на неосигурени лица по Кодекса за социално осигуряване при временна неработоспособност **лекуващият лекар** издава **медицинско удостоверение за период до 14 дни**, след което при необходимост **насочва лицето към ЛКК**.