

**Формуляр от личния лекар в случай на смърт
/моля, попълнете четливо/**

Име, презиме и фамилия на личния лекар

Адрес

Служебен телефон Мобилен телефон

E-mail

Специалност на личния лекар

Име, презиме, фамилия на починалото лице

ЕГН на починалото лице

От кога починалото лице е било Ваш пациент?.....

Моля, посочете име и адрес на предишен личен лекар на починалото лице, ако разполагате с такава информация

Дата на смъртта

Причина за смъртта – злополука или заболяване

Място на настъпване на смъртта /в болнично заведение, вкъщи или другаде/

Причина за смъртта – точна диагноза?

ИНФОРМАЦИЯ ОТ ЗДРАВНОТО ДОСИЕ НА ПОЧИНАЛОТО ЛИЦЕ

1. Кога за последен път сте преглеждали лицето – дата?

Какви са били оплакванията му на последния преглед и каква е била Вашата диагноза?

.....

2. Страдало ли е лицето от хронично заболяване? Да Не

Ако „Да”, опишете

Точна диагноза на заболяването	Дата на диагностициране за пръв път

3. Лицето приемало ли е редовно някакви медикаменти? Да Не

Ако „Да”, моля опишете, какви са медикаментите и каква е била дозировката

.....

4. Попълнете посещенията на починалото лице при Вас през последните 5 години

Дата на посещенията	Оплаквания	Диагноза	Лечение

5. Ползвало ли е лицето отпусък по болест през последните 10 години, по причини различни от настинка или грипно състояние? Да Не

Попълнете данни за издадените от Вас болнични листове на лицето

Период на временна неработоспособност	Диагноза	Лечение
От До		
От До		
От До		

6. Било ли е диспансеризирано лицето? Да Не

Ако „Да”, посочете къде /диспансер/, от коя дата и какъв специалист го е лекувал

.....

7. Било ли е освидетелствано лицето от ТЕЛК/НЕЛК? Да Не

Ако „Да”, дайте повече информация

.....

8. Лицето било ли е насочвано за освидетелстване към ТЕЛК/НЕЛК? Да Не

Ако „Да”, дайте повече информация

.....

9. През последните 10 години лицето било ли е в болница/санаториум или друго здравно заведение? Да Не

Ако отговорът е „Да”, моля дайте повече информация за периода, името на здравното заведение и диагнозата

.....

10. Известно ли Ви е лицето да е отказвало диагностично изследване, лечение, операция, хоспитализация или санаториално лечение, които са били назначени от правоспособен лекар?

Да Не

Ако отговорът е „Да”, моля дайте повече информация

.....

11. Било ли е насочвано починалото лице за консултация със специалист в последните 5 години във връзка със състояние, нямащо връзка с описаните по-горе? Да Не

Ако отговорът е „Да”, моля дайте повече информация

.....

12. Били ли са назначавани някакви диагностични изследвания/тестове в последните 10 години? Да Не

Ако отговорът е „Да”, моля дайте повече подробности в таблицата по-долу, но само за абнормалните резултати/находки

Дата на изследването	Вид на изследването	Резултат

13. Някога правен ли е HIV тест на починалото лице: Да Не

Ако отговорът е „Да”, моля посочете кога за последен път е правен такъв тест, по какъв повод и какъв е бил резултатът

.....

ВАЖНО: Моля, приложете копие от досието (всички амбулаторни листове/резултати от изследвания и консултации) на починалото лице, което съхранявате във Вашия архив!

Дата

Подпис и печат на личния лекар