

**Формуляр от личния лекар в случай на
болничен престой/хирургическо лечение
/моля, попълнете четливо/**

Име, презиме и фамилия на личния лекар
Адрес
Служебен телефон Мобилен телефон
Мобилен телефон E-mail
Специалност на личния лекар

Име, презиме и фамилия на хоспитализираното/оперираното лице
.....
ЕГН
От кога лицето е Ваш пациент?
Моля, посочете име и адрес на предишен личен лекар на лицето, ако разполагате с такава
информация
.....

Дата на приемане в болница
Причина за болничния престой/хирургическото лечение
 злополука заболяване раждане
Точна диагноза

ИНФОРМАЦИЯ ОТ ЗДРАВНОТО ДОСИЕ НА ЗАСТРАХОВАНИЯ

1. Кога за последен път сте преглеждали лицето – дата?
Какви са били оплакванията му на последния преглед и каква е била Вашата диагноза?
.....

2. Лицето страда ли от хронично/и заболяване/ия ? Да Не
Ако „Да”, опишете

Точна диагноза на заболяването	Дата на диагностициране за пръв път

3. Лицето приема ли/приемало ли е редовно някакви медикаменти във връзка с хронични
заболявания? Да Не
Ако „Да”, моля опишете, какви са медикаментите и каква е дозировката
.....
.....
.....

4. Застрахования провежда ли ежегодни профилактични прегледи? Да Не
Моля приложете резултати от последните 2 профилактични прегледа!

5. Попълнете посещенията на застрахования при Вас през последните 5 години

Дата на посещенията	Оплаквания	Диагноза	Лечение

6. Ползвало ли е лицето отпуск по болест през последните 5 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		

7. Било ли е диспансеризирано лицето? Да Не

Ако „Да”, посочете
от какъв специалист/диспансер
от коя дата
с каква диагноза
какво лечение е провеждано
име и адрес на специалиста
дата на последния диспансерен преглед

8. В момента води ли се на диспансерен учет? Да Не

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

Ако „Да”, посочете кога и диагнозата/ите
.....

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

Ако „Да”, посочете датата на решението, процента трудоспособност, диагнозата/ите, продължителността на нетрудоспособността

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

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

12. През последните 10 години лицето било ли е оперирано? Да Не

Ако отговорът е „Да”, моля посочете дата, името на здравното заведение, отделението и диагнозата

.....

13. 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

.....

14. Бил ли е насочван застрахования за консултация със специалист в последните 5 години във връзка със състояние, нямащо връзка с описаните по-горе? Да Не

Ако „Да”, моля дайте повече информация

.....

15. Били ли са назначавани някакви диагностични изследвания/тестове в последните 5 години 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

16. Някога правен ли е HIV тест на застрахования? Да Не

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

.....

17. Имате ли сведения/наблюдения за злоупотреба с алкохол/наркотични/упойващи субстанции от застрахования? Да Не

Ако „Да”, моля дайте повече информация

.....

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

Дата

Подпис и печат на личния лекар