

ИЗВЈЕШТАЈ О ТРАЈАЊУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Назив и шифра здравствене установе	
Шифра доктора	

ПОДАЦИ О УПЛАТИОЦУ ДОПРИНОСА

Назив уплатиоца доприноса	
ЈИБ уплатиоца доприноса	

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ

Презиме и име	
ЈМБ осигураника	
Датум рођења	Дан _____ мјесец _____ година _____
Адреса стана, мјесто, улица и број	
Број картона	Пол М Ж

ПОДАЦИ О ТРАЈАЊУ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Први дан привремене спријечености за рад	Посљедњи дан привремене спријечености за рад
За потпуну спријеченост од до 20..... За скраћено радно вријеме од до 20..... У болници од до 20..... Упућен на комисију: ДА НЕ	

РАЗЛОГ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

1. Болест	2. Малигна болест	3. Медицинско испитивање	4. Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	5. Њега обољелог члана уже породице – дјетета млађег од 15 година
6. Њега обољелог члана уже породице старијег од 15 година	7. Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	8. Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	9. Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године	10. Повреда ван рада
11. Мјера обавезне изолације као клицоноше	12. Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини осигураника	13. Добровољно давање органа, ткива или ћелија	14. Повреда на раду	15. Професионална болест
Да ли је болест или повреду проузроковало треће лице	ДА НЕ	Шифра спољњег узрока повреде		Да ли је рецидив
МКБ шифра по четне дијагнозе		МКБ шифра коначне дијагнозе		Назив коначне дијагнозе

Мјесто: _____	М. П.	Потпис доктора
Датум: _____ 20 __ год.	