

**ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ НЕСПОСОБНОСТИ ЗА РАД**

Образац 3.

Број здравственог картона:		Број и датум оцјене:	
Име и презиме осигураног лица	ЈМБГ	Адреса пребивалишта и контакт телефон	
Назив и сједиште послодавца	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима	
Шифра болести и дијагноза	Повреда на раду (ДА-НЕ)	Први дан привремене неспособности за рад	

Разматрајући жалбу осигураника, а на основу увида у медицинску документацију, у складу са Критеријумима дијагностичког поступка и оцјене привремене неспособности за рад, даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

(заокружити одговарајуће)

1) Потврђује се налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене неспособности за рад, број: од

2) Мијења се налаз оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене неспособности за рад, број: од,
и гласи:
.....

М.П.

Чланови комисије:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Налаз, оцјена и мишљење се достављају осигуранику, овлашћеном доктору породичне медицине и Фонду.