

ЗУ Дом здравља / амбуланта _____

Број: _____

Датум: _____

На захтјев _____, ЈМБ: _____, из _____,
број телефона _____, а на основу матичне евиденције, издаје се сљедећа

О Ц Ј Е Н А
ЗДРАВСТВЕНОГ СТАЊА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Потврђује се да је _____, ЈМБ: _____,
из _____, уписан/-а у матичну евиденцију Дома здравља / амбуланта
_____ у којем/којој има здравствени картон под бројем: _____.

Изабрани доктор медицине у тиму породичне медицине / педијатар током прегледа осигураног лица налази да:

* 1 – не болује од било које акутне или хроничне болести, или

2 – болује од:

ДИЈАГНОЗА

_____	МКБ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.
_____	МКБ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.
_____	МКБ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.

На основу увида у здравствено стање осигураног лица, а у смислу одредбе Правилника о поступку одобравања лијечења изван Републике Српске и начину остваривања здравствене заштите у иностранству којим је прописано да осигурана лица остварују право на здравствену заштиту у иностранству под условом да им је прије њиховог одласка у иностранство утврђено да не болују од акутних или хроничних болести за које је потребно дуже или стално лијечење, односно да се не налазе у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтијевало дуже лијечење, односно смјештај у стационарну здравствену установу, здравствено стање осигураног лица оцијењено је као:

* 1 – СТАБИЛНО (СПОСОБАН ЗА ПУТОВАЊЕ)

2 – НЕСТАБИЛНО (НЕ ПРЕПОРУЧУЈЕ СЕ ПУТОВАЊЕ)

Изабрани доктор
медицине у тиму породичне медицине / педијатар

М. П.

П о т п и с

* Заокружити одговарајуће.

Напомена:

Оцјена здравственог стања осигураног лица врши се у сврху издавања Обрасца о праву коришћења здравствене заштите у иностранству и не може се користити у друге сврхе.