

ЗУ _____

Број: _____

Датум: _____

**П Р И Ј Е Д Л О Г И З А Х Т Ј Е В
ЗА ОДОБРАВАЊЕ ЛИЈЕЧЕЊА / ДИЈАГНОСТИЧКОГ ПОСТУПКА
ИЗВАН РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

*** 1. ПОДАЦИ О ОСИГУРАНОМ ЛИЦУ**

Име и презиме _____

ЈМБ _____

Адреса _____

Број телефона _____

Обвезник доприноса _____

Регистарски број _____

Шифра дјелатности _____

*** 2. ДИЈАГНОЗА**

МКБ

--	--	--	--	--

МКБ

--	--	--	--	--

МКБ

--	--	--	--	--

*** 3. ПОДАЦИ О ТОКУ БОЛЕСТИ И ДОСАДАШЊЕМ ЛИЈЕЧЕЊУ**

*** 4. ВРСТА И УСЛУГА ЛИЈЕЧЕЊА / ДИЈАГНОСТИЧКОГ ПОСТУПКА КОЈИ СЕ ПРЕДЛАЖЕ**

лијечење и/или спровођење дијагностичког поступка у складу са **чланом 4. став 1.** Правилника

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

* Ознаку услуге из Прилога 1. Правилника

--

* Назив услуге из Прилога 1. Правилника

лијечење и/или дијагностички поступак у складу са **чланом 4. став 2.** Правилника са детаљним образложењем конзилијума здравствене установе терцијарног нивоа здравствене заштите у Републици Српској о изузетним медицинским или другим разлозима на којима се приједлог заснива:

*** 5. ОЧЕКИВАНО ТРАЈАЊЕ ЛИЈЕЧЕЊА**

АМБУЛАНТНО-КОНСУЛТАТИВНИ ПРЕГЛЕД

ДНЕВНА БОЛНИЦА

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕДУРА

ОПЕРАТИВНО ЛИЈЕЧЕЊЕ _____
датум

БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ _____
датум

*** 6. ПОТРЕБАН ПРЕВОЗ САНИТЕТСКИМ ВОЗИЛОМ**

НЕ

ДА

*** 7. ПОТРЕБНА ПРАТЊА ДРУГОГ ЛИЦА**

НЕ

ДА

