

ЗУ _____

Број: _____

Датум: _____

**ПРИЈЕДЛОГ И ЗАХТЈЕВ
ЗА ОДОБРАВАЊЕ ЛИЈЕЧЕЊА / ДИЈАГНОСТИЧКОГ ПОСТУПКА
У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ ИЗВАН РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

1. ПОДАЦИ О ОСИГУРАНОМ ЛИЦУ

Име и презиме: _____

ЈМБ: _____

Обвезник доприноса: _____

Адреса: _____

Регистарски број: _____

Телефон: _____

Шифра дјелатности: _____

2. ДИЈАГНОЗА

МКБ

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | . |
|--|--|--|--|---|

МКБ

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | . |
|--|--|--|--|---|

МКБ

| | | | | |
|--|--|--|--|---|
| | | | | . |
|--|--|--|--|---|

3. ПОДАЦИ О ТОКУ БОЛЕСТИ И ДОСАДАШЊЕМ ЛИЈЕЧЕЊУ

* Навести или приложити медицинску документацију (копије).

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

* Навести назив услуге из листе или када услуга није садржана у листи навести детаљно образложење изузетних медицинских или других разлога на којима се заснива приједлог.

5. ОЧЕКИВАНО ТРАЈАЊЕ У ДАНИМА

АМБУЛАНТНО/КОНСУЛТАТИВНИ ПРЕГЛЕД

ДНЕВНА БОЛНИЦА

ДИЈАГНОСТИЧКА ПРОЦЕДУРА

ОПЕРАТИВНО ЛИЈЕЧЕЊЕ _____ дана

БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ _____ дана

6. ПОТРЕБАН ПРЕВОЗ САНИТЕТСКИМ ВОЗИЛОМ

* НЕ ДА

7. ПОТРЕБНА ПРАТЊА ДРУГОГ ЛИЦА

* НЕ ДА

8. ПОСТОЈИ ОСНОВ ЗА ОСЛОБАЂАЊЕ ОД ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

* НЕ ДА _____

Ако постоји, потребно је навести који, а осигурано лице је дужно приложити доказ о томе.

Ако осигурано лице не приложи доказ о постојању основа за ослобађање плаћања партиципације, неће бити ослобођено плаћања партиципације.

Конзилијум:

1. _____
2. _____
3. _____

М. П.

Директор
здравствене установе

Потпис осигураног лица
или подносиоца захтјева

НАПОМЕНЕ:

За малолетно осигурано лице, односно осигурано лице под старатељством, захтјев и изјаву потписује законски заступник, односно старатељ.

Знак * значи заокружити одговарајуће.