

**ДРУГОСТЕПЕНА КОМИСИЈА ЗА ОЦЈЕНУ
ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД**

Број здравственог картона:	Број и датум оцјене:	
Име и презиме осигураника	ЈМБ	Адреса пребивалишта и контакт телефон
Назив и сједиште послодавца	Назив радног мјеста	Укупан стаж и стаж на садашњим пословима
Повреда на раду ДА НЕ		Први дан привремене спријечености за рад
Разлог привремене спријечености за рад (означити):		
<input type="checkbox"/> Болест	<input type="checkbox"/> Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године	
<input type="checkbox"/> Малигна болест	<input type="checkbox"/> Повреда ван рада	
<input type="checkbox"/> Медицинско испитивање	<input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације као клицоноше	
<input type="checkbox"/> Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	<input type="checkbox"/> Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини	
<input type="checkbox"/> Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	<input type="checkbox"/> Добровољно давање органа, ткива или ћелија	
<input type="checkbox"/> Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	<input type="checkbox"/> Повреда на раду	
	<input type="checkbox"/> Професионална болест	

Разматрајући жалбу осигураника на основу увида у медицинску документацију, у складу са чланом 74. став 6. Закона о обавезном здравственом осигурању („Службени гласник Републике Српске“, бр. 93/22 и 132/22), даје се

НАЛАЗ, ОЦЈЕНА И МИШЉЕЊЕ

<input type="checkbox"/> Потврђује се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из следећег разлога: _____ _____ _____
<input type="checkbox"/> Мијења се Налаз, оцјена и мишљење Првостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад, број: _____ од _____ из следећег разлога: _____ _____ _____
и гласи: _____

* Образац Налаза, оцјене и мишљења се попуњава у три примјерка. Два примјерка Фонд уз рјешење доставља осигуранику који један примјерак доставља доктору медицине специјалисти породичне медицине код којег је регистрован, а други примјерак послодавцу.

М. П.

Чланови комисије:

1. _____ шифра _____
2. _____ шифра _____
3. _____ шифра _____