

ЗУ \_\_\_\_\_

Број: \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

**ЗАХТЈЕВ И ПРИЈЕДЛОГ  
ЗА УПУЋИВАЊЕ НА ЛИЈЕЧЕЊЕ ИЗВАН РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ**

**1. ПОДАЦИ О ОСИГУРАНОМ ЛИЦУ**

Име и презиме \_\_\_\_\_

ЈМБГ \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Број телефона \_\_\_\_\_

Обвезник доприноса \_\_\_\_\_

Регистарски број \_\_\_\_\_

Шифра дјелатности \_\_\_\_\_

**2. ДИЈАГНОЗА**

\_\_\_\_\_

МКБ 

				.
--	--	--	--	---

\_\_\_\_\_

МКБ 

				.
--	--	--	--	---

\_\_\_\_\_

МКБ 

				.
--	--	--	--	---

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

\* Навести или приложити медицинску документацију (копије).

**4. ЛИЈЕЧЕЊЕ ИЗВАН РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ СЕ ПРЕДЛАЖЕ:**

\* ЛИЈЕЧЕЊЕЈЕ ОБУХВАЋЕНО РЕГИСТРОМ ИЗ ЧЛАНА 6. СТАВ 1. ПРАВИЛНИКА

\* ЛИЈЕЧЕЊЕ НИЈЕ ОБУХВАЋЕНО РЕГИСТРОМ ИЗ ЧЛАНА 6. СТАВ 1. ПРАВИЛНИКА

Стручно образложење \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**5. ВРСТА И МЕТОДА ЛИЈЕЧЕЊА КОЈА СЕ ПРЕДЛАЖЕ**

## 6. ОЧЕКИВАНО ТРАЈАЊЕ ЛИЈЕЧЕЊА ИЗВАН РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ У ДАНИМА

\* А - АМБУЛАНТНО ЛИЈЕЧЕЊЕ/ДНЕВНА БОЛНИЦА - \_\_\_\_\_ ДАНА

Б - БОЛНИЧКО ЛИЈЕЧЕЊЕ - \_\_\_\_\_ ДАНА

## 7. ПОТРЕБАН ПРЕВОЗ САНИТЕТСКИМ ВОЗИЛОМ

\* НЕДА

## 8. ПОТРЕБНА ПРАТЊА ДРУГОГ ЛИЦА

\* НЕДА

## 9. ПОСТОЈИ ОСНОВ ЗА ОСЛОБАЂАЊЕ ОД ПАРТИЦИПАЦИЈЕ

\* НЕ ДА \_\_\_\_\_

Уколико постоји, потребно је навести који, а осигурано лице је дужно приложити доказ о истом.

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

## 10. УМЈЕСТО ЛИЈЕЧЕЊА ИЗВАН РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ ПОСТОЈИ МОГУЋНОСТ ЛИЈЕЧЕЊА У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ У РЕПУБЛИЦИ СРПСКОЈ ОД СТРАНЕ ЗДРАВСТВЕНОГ СТРУЧЊАКА ИЗ ИНОСТРАНСТВА

\* НЕ ДА \_\_\_\_\_

Уколико постоји, потребно је навести здравствену установу у Републици Српској у којој се лијечење осигураног лица може наставити од стране здравственог стручњака из иностранства.

## 11. ИЗЈАВА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

Изјављујем да сам упознат-а да, према одредбама Правилника о коришћењу здравствене заштите изван Републике Српске, нећу бити упућен-а на лијечење у здравствену установу изван Републике Српске уколико постоји могућност мог лијечења у уговорним здравственим установама у Републици Српској од стране здравственог стручњака из иностранства.

### Конзилиј:

1. \_\_\_\_\_

М.П.

Директор

2. \_\_\_\_\_

здравствене установе

3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Потпис осигураног лица  
или подносиоца захтјева

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

\* - Заокружити одговарајуће"