
(Naziv zdravstvene ustanove)

Broj: _____

mjesto

datum

**MISLJENJE O POTREBI PREVOZA
SANITETSKIM VOZILOM**

Utvrdjuje se potreba prevoza pacijenta _____ iz _____

rođenog: _____

koji se nalazi/upućuje na liječenje _____
(naziv zdravstvene ustanove u kojoj se osigurano lice nalazi/upućuje na liječenje)

zbog _____
(dijagnoza bolesti)

Pacijentu za vrijeme prevoza sanitetskim vozilom potrebna je/nije potrebna strucna pratnja radi

(kratak opis potrebe za odredivanjem strucne pratnje i nivoa strucne pratnje)

Na put ce krenuti dana _____ 20____. godine u _____ sati.

Ukupan put ce trajati najduze _____ sati.

M.P.

potpis ovlastenog lica

Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona

Broj: _____

Tuzla: _____

Na osnovu Pravilnika o naknadi troškova prevoza na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona ("Službene novine Tuzlanskog kantona" broj: _____) a po ukazanoj potrebi, daje se

**SAGLASNOST
ZA PREVOZ SANITETSKIM VOZILOM**

Osiguranom licu _____ iz _____ rođenom _____

odobrava se prevoz sanitetskim vozilom po Misljenju _____
(naziv zdravstvene ustanove)

broj: _____ od _____ 20____. godine

Za vrijeme prevoza sanitetskim vozilom odobrava se / ne odobrava se strucna pratnja.

Troskovi prevoza sanitetskim vozilom, u skladu sa Pravilnikom o naknadi troškova prevoza na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona, isplatit ce se zdravstvenoj ustanovi koja je pruzila uslugu.

M.P.

potpis ovlastenog lica