

Naziv zdravstvene ustanove primarne
zdravstvene zaštite

(ovlaštene - izabrani doktor medicine)

UPUTNICA
ZA LJEKARSKU KOMISIJU ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA TUZLANSKOG KANTONA

Osiguranik* _____ iz* _____,

rođen* _____ JMBC* _____ po zanimanju* _____
(datum i mjesto)

zaposlen kod obveznika uplate doprinosa* _____,

osiguran kod Zavoda zdravstvenog osiguranja* _____ Poslovnica zdravstvenog

osiguranja _____ privremeno je nesposoban za rad od _____ zbog bolesti-
povrede _____
(navesti dijagnozu)

Osiguranik se upućuje Ljekarskoj komisiji (zaokružiti odgovarajuće):

1. po prigovoru _____
(navesti podatke podnosioca prigovora)
2. radi utvrđivanja privremene spriječenosti za rad INO-osiguranika*
Privremena spriječenost za rad utvrđena na osnovu _____

(navesti uradjene nalaze)

U toku privremene spriječenosti za rad osiguranik bio na stacionarnom liječenju*

(navesti naziv stacionarne ustanove)

Od početka privremene spriječenosti za rad osiguranika izvršeni kontrolni pregledi kod izabranog doktora
medicine _____

(navesti datume kontrolnih pregleda)

Po ovom osnovu osiguranik bio privremeno spriječen za rad u posljednje 2 godine neprekidno - s prekidima

(navesti dužinu trajanja spriječenosti za rad)

Osiguranik upućen na ocjenu radne sposobnosti Stručnom timu PIO*

(navesti datum upućivanja, datum ocjene i nalaz)

Način liječenja – terapija* _____

Rezultati liječenja* _____

Obrazloženje izabranog-ovlaštenog doktora medicine o postojanju i dužini trajanja privremene spriječenosti za rad

Nalazi koji su priloženi uz ovu Uputnicu*:

Ljekarska komisija utvrđivala postojanje privremene spriječenosti za rad ovog osiguranika*

(navesti nalaz, ocjenu i mišljenje Ljekarske komisije, broj i datum)

U _____
Dana _____ 20____ godine

MP

(štambilj i potpis izabranog i ovlaštenog)
doktora medicine

Napomena: podaci obilježeni *
Popnjavaju se za INO osiguranike