

UGOVORNA ZDRAVSTVENA USTANOVA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Dom zdravlja/privatna ordinacija porodične medicine _____

Broj: _____

Datum: ____ . ____ . ____ . godine

PRIJEDLOG ZA MEDICINSKU REHABILITACIJU

U skladu sa odredbama Pravilnika o uslovima i načinu ostvarivanja prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja na bolničko liječenje medicinskom rehabilitacijom, ovlašteni doktor primarne zdravstvene zaštite, predlaže medicinsku rehabilitaciju/ obnovu rehabilitacije (o.r.), za:

_____, rođenog ____ . ____ . ____ iz _____
(ime i prezime) (datum rođenja) (mjesto prebivališta)

koji ima status osiguranika/ člana porodice osiguranika po obvezniku uplate doprinosa

(naziv obveznika)

Medicinska rehabilitacija se imenovanom predlaže zbog Dg/ _____
(dijagnoza bolesti)

koja se nalazi pod rednim brojem _____ Liste indikacija iz Pravilnika.
(šifra bolesti) (redni broj)

Ovlašteni doktor, medicinsku rehabilitaciju, predlaže na osnovu medicinske dokumentacije i to:

(medicinska dokumentacija)

Osiguranik se pored uputne dijagnoze, liječi od hroničnih bolesti i to: _____

(dijagnoze pratećih hroničnih oboljenja ukoliko ih ima)

te ima/ nema kontraindikacije za medicinsku rehabilitaciju i to:

(navesti kontraindikacije ukoliko ih ima)

Medicinska rehabilitacija se predlaže u roku/ izvan roka od _____ utvrđenog u Listi indikacija
(rok)

iz Pravilnika, a pratnja je potrebna/ nije potrebna zbog _____
(razlozi zbog kojih se predlaže pratnja)

M.P.

PEČAT ZDRAVSTVENE USTANOVE

Potpis, faksimil ovlaštenog doktora

(šifra ovlaštenog doktora)

*Ovlašteni doktor je dužan popuniti obrazac, upisati x ili podvući/zaokružiti alternativno postavljene pojmove (!)

Ob:xxx

www.zzotk.ba

Strana 1 od 1