

(Naziv zdravstvene ustanove)

Broj: _____

mjesto datum

**MIŠLJENJE O POTREBI PRIJEVOZA
SANITETSKIM VOZILOM**

Utvrđuje se potreba prijevoza 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 prijevoza sanitetskim vozilom potrebna je/nije potrebna stručna pratnja radi

_____ (kratak opis potrebe za određivanjem stručne pratnje i nivoa stručne pratnje)

Na put će krenuti dana _____ 20 _____. godine u _____ sati.

Ukupan put će trajati najduže _____ sati.

M.P.

potpis ovlaštenog lica

Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona

Broj: _____

Tuzla: _____

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

**SAGLASNOST
ZA PRIJEVOZ SANITETSKIM VOZILOM**

Osiguranom licu _____ iz _____ rođenom _____

odobrava se prijevoz sanitetskim vozilom po Mišljenju _____
(naziv zdravstvene ustanove)

broj: _____ od _____ 20 _____. godine

Za vrijeme prijevoza sanitetskim vozilom odobrava se / ne odobrava se stručna pratnja.

Troskovi prijevoza sanitetskim vozilom, u skladu sa Pravilnikom o naknadi troškova prijevoza na teret sredstava Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona, isplatiti će se zdravstvenoj ustanovi koja je pružila uslugu.

M.P.

potpis ovlaštenog lica