Javna zdravstvena ustanova

_____

Organizaciona jedinica/ služba-odjeljenje,klinika/

_____

Broj zdravstvenog kartona /protokola ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

UPUTNICA NA PAPA TEST

Upućuje se osigurano lice _____ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
(JMBG)

_____
(adresa i opština/grad prebivališta, kontakt telefon)

Dijagnoza (šifra) _____

Vrsta pretrage ☐ dijagnostička

☐ skrining

Pretraga po preporuci: _____ ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋
(ljekar specijalista/nosilac tima) (šifra specijaliste/nosioca tima)

Datum: ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ godine

M.P.

Potpis i faksimil ljekara

_____

ODLUKA ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA TUZLANSKOG KANTONA

Odobrava se indicirana pretraga ☐

Uslugu će pružiti _____
(navesti naziv ugovorne zdravstvene ustanove)

Datum: M.P. Ovlašteno lice Zavoda

Broj protokola (web aplikacija): _____

POPUNJAVA USTANOVA U KOJU JE PACIJENT UPUĆEN

Broj protokola: ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

1. Preporučena pretraga pružena je dana ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ godine
2. Usluga nije pružena iz razloga: _____

Datum: _____ godine M.P. Ovlašteno lice ustanove

_____

_____