Javna zdravstvena ustanova

_____

Organizaciona jedinica/klinika/odjeljenje

_____

Broj zdravstvenog kartona /protokola ☐☐☐☐☐

UPUTNICA ZA DEFICITARNE USLUGE

Upućuje se osigurano lice _____ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
(JMB)

_____
(adresa i opština/grad prebivališta)

Dijagnoza (šifra) _____

Upućuje se na obavljanje: _____
(naziv zdravstvene **usluge/pretrage**)

Pacijentu tokom liječenja potrebna pratnja DA ☐

NE ☐

Ukoliko je utvrđena potreba za pratnjom, izdaje se uputnica za pratioca.

Datum: ☐☐☐☐☐☐☐☐ godine

M.P.

Potpis i faksimil ljekara

_____

ODLUKA ZAVODA ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA TUZLANSKOG KANTONA

SAGLASNOST
ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE

Odobrava se liječenje/pretraga/usluga ☐

Uslugu će pružiti _____
(naziv zdravstvene ustanove)

Vrsta prijevoza Transport redovnog saobraćaja ☐ Prijevoz sanitetskim vozilom ☐

Pravo na putne troškove ☐ DA ☐ NE

Ovjera uputnice važi 30 (trideset) dana počev od dana davanja saglasnosti.

Osigurano lice je dužno u roku od 48 sati po obavljenom liječenju javiti se izabranom doktoru i dostaviti medicinsku dokumentaciju nastalu u postupku liječenja u zdravstvenoj ustanovi u koju je upućeno.

Broj protokola: _____/_____ M.P. Ovlašteno lice Zavoda

Datum: ☐☐☐☐☐☐☐☐ godine _____