

Organizaciona jedinica (Tim porodične medicine)

Broj zdravstvenog kartona /protokola

## UPUTNICA ZA UPUĆIVANJE NA OBAVLJANJE DEFICITARNE USLUGE - OSTEODENZITOMETRIJA

Upućuje se osigurano lice    
(JMBG)

(adresa i opština/grad prebivališta)

Dijagnoza (šifra)

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

Pacijentu tokom liječenja potrebna pratnja DA   
NE

Datum:  godine  
M.P.

Potpis i faksimil ljekara

### SAGLASNOST ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE

Zdravstvena usluga Osteodenzitometrija utvrđena je Odlukom o utvrđivanju Liste deficitarnih usluga za 2024. godinu, koju je donijelo Ministarstvo zdravstva Tuzlanskog kantona, broj: 13/1-33-5675/24 od 12.03.2024. godine. Postupak dodjele ugovora za pružanje usluge Osteodenzitometrija, Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona proveo je u skladu sa Odlukom o utvrđivanju osnova, kriterija i mjerila zaključivanje ugovora o pružanju zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja za 2024. godinu ("Službene novine TK", broj: 2/24).

Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona je u skladu sa Odlukom o izboru ponuđača u postupku ugovaranja zdravstvene zaštite – pružanje deficitarnih usluga za 2024. godinu LOT 4 – Osteodenzitometrija, zaključio ugovore sa sljedećim zdravstvenim ustanovama:

- PZU Specijalna bolnica "Plava medical group" sa poliklinikom Tuzla
- PZU Poliklinika "Dr. Al-Tawil" Sarajevo
- PZU Opća bolnica ASA Bolnica Sarajevo
- ZU Poliklinika Azabagić Tuzla

Procedurom za upućivanje osiguranih lica na obavljanje deficitarnih zdravstvenih usluga utvrđuje se način upućivanja, postupak prijema, obrade i ovjere uputnica za obavljanje deficitarnih zdravstvenih usluga osiguranim licima Zavoda zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona, te vođenje evidencije odobrenih uputnica.

Zavod zdravstvenog osiguranja Tuzlanskog kantona ovom ovjerom daje saglasnost osiguranom licu na lični izbor da zdravstvenu uslugu Osteodenzitometrija obavli u nekoj od navedenih ustanova.

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

Broj protokola:  /

M.P.

Ovlašteno lice Zavoda

Datum:  godine