Javna zdravstvena ustanova (Dom zdravlja, Privatna ordinacija porodične medicine)

_____

Organizaciona jedinica (Tim porodične medicine)

_____

Broj zdravstvenog kartona /protokola |_|_|_|_|_|

UPUTNICA ZA
UPUĆIVANJE NA OBAVLJANJE DEFICITARNIH USLUGA - VMA I KATEHOLAMINI U DNEVNOM URINU

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

Zdravstvene usluge Vanilmandelična kiselina (VMA) i Kateholamini u dnevnom urinu utvrđene su 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 usluga VMA i Kateholamini, 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 8 – Vanilmandelična kiselina (VMA) i Kateholamini u dnevnom urinu, zaključio ugovore sa sljedećim zdravstvenim ustanovama:

- **PZU Specijalna bolnica "Plava medical group“ sa poliklinikom Tuzla i**
- **PZU Opća bolnica ASA Bolnica Sarajevo.**

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 zdravstvene usluge VMA i Kateholamini obavi 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 _____