ОБРАЗАЦ ИД БРОЈА

ПРИЈАВА/ ПРОМЕНА/ОДЈАВА У ЕВИДЕНЦИЈИ ИД БРОЈЕВА ЛЕКАРА

Републички завод за здравствено осигурање

1. ИД број лекара

*попуњава филијала РЗЗО/лекар

А Попуњава лекар

2. ☐ ПРИЈАВА ☐ ПРИВРЕМЕНА
☐ ПРОМЕНА ОДЈАВА : ☐ ТРАЈНА

3. Датум

4. Разлог одјаве :

5. Име лекара :

6. Презиме лекара:

7. ЈМБГ лекара

8. ЛБО лекара

9. Број телефона лекара:

10. Адреса лекара на којој прима пошту :

11. E-mail адреса лекара :

12. Број лиценце :

13. Радно место лекара :

14. Врста радног односа:
неодређено време одређено време

14. 1. Датум престанка радног односа :

15. Тип ИД броја
I - др мед./др мед. спец. опште медицине, односно спец. мед. рада
II - др мед. спец. педијатрије
III - др мед. спец. гинекологије
IV - доктор стоматологије
V - за прописивање лекова на рецепт (за ТБЦ и ХИВ)
VI - за прописивање лекова на обрасцима N1 и N2

16. Изабрани лекар
16.1. ДА
16.2. НЕ

17. Звање након завршених основних студија
доктор медицине доктор стоматологије

18. Назив специјалности :

18.1. Шифра специјалности
(шифарник специјалности налази се на полеђини обрасца)

19. Отисак штамбиља ИД броја

20. Потпис лекара :
*потпис не сме прелазити оквир

Б Попуњава давалац услуга

21. Назив даваоца услуга код којег је лекар запослен :

22. ПИБ даваоца услуга :

23. Матични број даваоца услуга (здравствене установе) :

24. Датум

25. Одговорно лице даваоца услуга :

Потпис

*потпис не сме прелазити оквир

(М.П.)

В Попуњава Републички завод за здравствено осигурање

26. Републички завод / филијала :

26.1. Шифра филијале РЗЗО

27. Усагласити штамбиљ
ДА НЕ

28. Захтев одбачен - разлог
непотпун нејасан нечитак

29. Захтев одобрен
ДА НЕ

30. Датум

31. Одговорно лице филијале РЗЗО :

Потпис

*потпис не сме прелазити оквир

(М.П.)

32. Одговорно лице дирекције РЗЗО :

Потпис

*потпис не сме прелазити оквир

(М.П.)

Шифарник специјалности

01 интерна медицина
02 инфектологија
03 педијатрија
04 пнеумофтизиологија
05 неурологија
06 психијатрија
07 дечја неурологија
08 дечја психијатрија
09 општа хирургија
10 дечја хирургија
11 неурохирургија
12 анестезиологија са реаниматологијом
123 медицинска биохемија
13 урологија
14 ортопедија
15 пластична и реконструктивна хирургија
16 максилофацијална хирургија
17 гинекологија и акушерство
18 оториноларингологија
19 офталмологија
20 дерматовенерологија
21 физикална медицина и рехабилитација
22 радиологија
23 грудна хирургија
24 нуклеарна медицина
25 патолошка анатомија
26 судска медицина
27 хигијена
28 епидемиологија
29 микробиологија са паразитологијом
30 социјална медицина
31 медицина рада
32 општа медицина
33 клиничка физиологија
34 медицина спорта
35 трансфузиологија
36 клиничка биохемија
37 клиничка фармакологија
38 имунологија
39 ургентна медицина
40 медицинска статистика и информатика
41 неуропсихијатрија
42 дечја и превентивна стоматологија
43 болести зуба и ендодонција
44 пародонтологија и орална медицина
45 ортопедија вилица
46 стоматолошка протетика
47 орална хирургија
48 стоматологија

Сви унети подаци морају бити тачни. За тачност података солидарно одговарају лекар и давалац услуга.

Подносилац је дужан да на захтев Републичког завода / филијале поднесе сва документа којима доказује тачност унетих података.

У пољу 1., ИД број уписује филијала при додели ИД броја. Подносилац уписује ИД број у поље 1. приликом одјаве или промене података у Евиденцији.

Уз захтев за доделу ИД броја, подносилац доставља потписани уговор о коришћењу ИД броја.

Захтев за одјаву ИД броја или промену података у Евиденцији, подноси се у року од три дана од дана настанка разлога за одјаву или промену.
Уз захтев за одјаву ИД броја, подносилац доставља изјаву лекара да је печат украден или изгубљен или записник о уништењу печата.

У случају да је образац непотпун, нејасан или нечитак, филијала враћа сва три примерка подносиоцу ради исправке и допуне.
Ако подносилац не врати исправљене примерке захтева, сматраће се да захтев није ни подношен.

Напомена* У случају крађе или губитка штамбиља, лекар је дужан да одјаву штамбиља изврши одмах.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 1

-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС", бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** да се осигурано лице _____ из _____
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| са ДИЈАГНОЗОМ: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

упути на амбулантно-специјалистички преглед у _____ .
(назив здравствене установе)

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____

3. Пратилац у путу: _____
(уписати: потребан /није потребан)

4. Врста превоза: _____
(уписати: аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Напомена: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 2

-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Није сагласна** да се осигурано лице _____ из _____
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| са ДИЈАГНОЗОМ**:** _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

упути на амбулантно-специјалистички преглед у _____ .
(назив здравствене установе)

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 3

-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** да се осигурано лице _____ из _____
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| са ДИЈАГНОЗОМ: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

упути на стационарно лечење у _____ .
(назив здравствене установе)

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____

3. Пратилац за време стационарног лечења _____
(уписати: потребан/није потребан)

4. Пратилац у путу:_____
(уписати: потребан/није потребан)

5. Врста превоза: _____
(уписати: аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Напомена: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК – 4

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Није сагласна** да се осигурано лице _____
(име и презиме)
из _____ ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(адреса)
са ДИЈАГНОЗОМ: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

упути на стационарно лечење у _____ .
(назив здравствене установе)

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____ , може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК – 5

На основу члана 155. став 1. тачка 2) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, по приговору осигураника на оцену изабраног лекара _____ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(име и презиме) (ИД број)

о привременој спречености за рад _____, из
(име и презиме осигураника)

_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса осигураника)

ДИЈАГНОЗА:_____
(МКБ и дијагноза на латинском)

_____

на основу непосредног прегледа и медицинске документације,

даје следећу

О Ц Е Н У

Приговор осигураника _____ је **основан**.
(име и презиме)

Осигураник је привремено спречен за рад од _____ до _____ .

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале није дозвољен, јер је оцена Првостепене лекарске комисије коначна.

1. Ако осигураник није задовољан оценом Првостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.
2. Ако осигураник прима новчану накнаду по основу незапослености, а није задовољан оценом Првостепене лекарске комисије, може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 6

На основу члана 155. став 1. тачка 2) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, по приговору осигураника на оцену изабраног лекара _____ |__|__|__|__|__|__|__|__|
(име и презиме) (ИД број)

о привременој спречености за рад _____, из
(име и презиме осигураника)

_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса осигураника)

ДИЈАГНОЗА:_____
(МКБ и дијагноза на латинском)

_____

на основу непосредног прегледа и медицинске документације,

даје следећу

О Ц Е Н У

Приговор осигураника _____ **није основан**.
(име и презиме)

Потврђује се оцена изабраног лекара.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале није дозвољен, јер је оцена Првостепене лекарске комисије коначна.

1. Ако осигураник није задовољан оценом Првостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.
2. Ако осигураник прима новчану накнаду по основу незапослености, а није задовољан оценом Првостепене лекарске комисије, може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 7

На основу члана 155. став 1. тачка 1) и 172. став 2. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, на основу медицинске документације и непосредног прегледа осигураника _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

даје следећу

О Ц Е Н У

Осигураник _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, **привремено је спречен за рад**:
од _____ до _____ .

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____.

ОЛК - 8

-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 81. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, на основу медицинске документације и непосредног прегледа осигураника _____,
(име и презиме)

из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)

ДИЈАГНОЗА _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

даје следећу

О Ц Е Н У

Осигураник _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, **привремено је спречен за рад**:

1. од _____ до _____ или
2. од _____ и даље.

Обавезно је упућивање осигураника на инвалидску комисију по прописима о пензијском и инвалидском осигурању најкасније до _____.

ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 9

-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

У складу са чланом 99. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, на основу медицинске документације и непосредног прегледа осигураника _____,
(име и презиме)
из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)

даје следећу

О Ц Е Н У

Осигураник _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

привремено је спречен за рад од _____ до _____ . Радом са скраћеним радним временом осигураник_____ могао би да се брже оспособи за рад са пуним радним временом, па му се одређује рад са скраћеним радним временом од најмање четири часа дневно, односно од _____ часова дневно, а у трајању од _____ дана, с тим да рад започне дана _____.

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. изабраном лекару
3. филијали
4. послодавцу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Напомена: Рад са скраћеним радним временом може трајати најдуже три месеца непрекидно или са прекидима у току дванаест месеци од дана почетка рада са скраћеним радним временом.

Послодавац код кога је осигураник у радном односу, дужан је да му обезбеди рад са скраћеним радним временом.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 10

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1.**Сагласна** да се _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(име и презиме пратиоца)
из _____ , упути у _____,
(адреса пратиоца) (назив здравствене установе)
као пратилац осигураног лица _____,
(име и презиме)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

за време (заокружити): 1. стационарног лечења
2. продужене рехабилитације

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____

3. Врста превоза:_____
(уписати: аутобус или воз-други разред)

ДОСТАВИТИ:
1. пратиоцу
2. здравственој установи
3. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 11

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** да се осигурано лице _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ЈМБГ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,

тел. _____ упути у _____ на
(назив здравствене установе)

Комисију за вантелесну оплодњу ради оцене о испуњености услова за укључивање у поступак вантелесне оплодње.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____

_____

3. Врста превоза:_____
(уписати: аутобус или воз-други разред)

Напомена: Пре одласка на Комисију за вантелесну оплодњу контактирајте здравствену установу.

контакт телефон: _____.

Комисија ради _____.

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 12

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), потврде број _____ издате од Комисије за вантелесну оплодњу _____ , позива Филијале упућеног
(назив здравствене установе)
осигураном лицу, а на предлог изабраног лекара, Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** да се осигурано лице _____,
(име и презиме)
из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)
ЈМБГ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, тел. _____ упути у

_____ ради спровођења поступка
(назив здравствене установе) вантелесне оплодње.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____

3. Врста превоза:_____
(уписати: аутобус или воз-други разред)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. здравственој установи
3. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 13

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Није сагласна** да се осигурано лице _____,
(име и презиме)
из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)
ЈМБГ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, тел. _____ упути у

_____ на Комисију за вантелесну
(назив здравствене установе)
оплодњу ради оцене о испуњености услова за укључивање у поступак вантелесне оплодње.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 14

-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следеће

М И Ш Љ Е Њ Е

1. Осигурано лице _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

упућује се на продужену рехабилитацију у _____
(стац. ЗУ специјализована за рехабилитацију)

у трајању од _____ дана која треба да се спроведе најкасније до _____.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ:_____

_____

3. Пратилац за време продужене рехабилитације_____
(уписати: потребан/није потребан)

4. Пратилац у путу:_____
(уписати: потребан/није потребан)

5. Врста превоза:_____
(уписати: аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. ЗУ за рехабилитацију
3. стационарној ЗУ ако се осиг. лице директно упућује на продужену рехабилитацију

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Напомена: Осигурано лице започиње продужену рехабилитацију по позиву стационарне ЗУ специјализоване за рехабилитацију

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК – 15

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следеће

М И Ш Љ Е Њ Е

1. Осигурано лице _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

не испуњава услове за упућивање на продужену рехабилитацију у

_____
(стац. ЗУ специјализована за рехабилитацију)

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ:_____
_____

ДОСТАВИТИ:

Осигураном лицу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 16

На основу члана 155. став 1. тачка 1) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следеће

М И Ш Љ Е Њ Е

1. Осигурано лице _____, из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

упућује се на продужену рехабилитацију као превенција погоршања, односно настанка компликација _____ у _____
(назив хроничне болести) (стац. ЗУ специјализована за рехабилитацију)

у трајању од _____ дана која треба да се спроведе најкасније до _____.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ:_____
_____

3. Пратилац за време продужене рехабилитације_____
(уписати: потребан/није потребан)

4. Пратилац у путу:_____
(уписати: потребан/није потребан)

5. Врста превоза:_____
(уписати: аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. ЗУ за рехабилитацију
3. стационарној ЗУ ако се осиг. лице директно упућује на продужену рехабилитацију

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Напомена: Осигурано лице започиње продужену рехабилитацију по позиву стационарне ЗУ специјализоване за рехабилитацију

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 17

На основу члана 33. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. На основу извештаја о повреди на раду/ професионалном обољењу, код осигураника

_____ , из _____
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

УТВРЂЕНА/О је:

1. **повреда на раду**
2. **професионално оболење** (заокружити)

у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. послодавцу
3. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 18

На основу члана 33. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. На основу извештаја о повреди на раду/ професионалном обољењу, код осигураника

_____ , из _____
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, ДИЈАГНОЗА: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

НИЈЕ УТВРЂЕНА/О :

1. **повреда на раду**
2. **професионално оболење** (заокружити)

у складу са прописима о пензијском и инвалидском осигурању.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. послодавцу
3. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 19

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигураник- пољопривредник _____
(име и презиме)
из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)
неспособан је за самостални рад и остваривање прихода у смислу члана 20. став 1. тачка 1. Закона о здравственом осигурању.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 20

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигураник- пољопривредник _____
(име и презиме)
из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)

НИЈЕ УТВРЂЕНО да је неспособан је за самостални рад и остваривање прихода у смислу члана 20. став 1. тачка 1. Закона о здравственом осигурању.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигуранику
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

- Другостепена лекарска комисија-

Број: _____

Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 21

На основу члана 157 став 1 тачка 1) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по приговору осигураног лица, односно послодавца _____,
(име и презиме, односно назив послодавца)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, на оцену Првостепене лекарске комисије са седиштем у _____ број _____ од _____ у вези _____
_____

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** са оценом Првостепене лекарске комисије. Приговор на оцену Првостепене лекарске комисије се одбија.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали
4. послодавцу (само за боловање)

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:

1) Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење, или

2) Ако осигурано лице које прима новчану накнаду по основу незапослености, није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије у вези привремене спречености за рад може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

Напомена: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

- Другостепена лекарска комисија-

Број: _____

Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 22

На основу члана 157 став 1 тачка 1) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по приговору осигураног лица, односно послодавца _____,
(име и презиме, односно назив послодавца)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, на оцену Првостепене лекарске комисије са седиштем у _____ број _____ од _____ у вези _____

_____

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **НИЈЕ САГЛАСНА** са оценом Првостепене лекарске комисије. Прихвата се приговор на оцену Првостепене лекарске комисије.

2. Оцена Другостепене лекарске комисије гласи: _____

_____

3.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____

_____

_____

_____

_____

_____

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали
4. послодавцу (само за боловање)

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:

1) Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење, или

2) Ако осигурано лице које прима новчану накнаду по основу незапослености, није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије у вези привремене спречености за рад може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

Напомена: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

ОЛК - 23

Другостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 157. став 1. тачка 2) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, филијале односно послодавца _____,
(име и презиме, односно назив)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,за испитивање правилности оцене коју је као коначну дала Првостепена лекарска комисија са седиштем у _____ број _____ од _____ ,

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** са оценом Првостепене лекарске комисије. Захтев за испитивање правилности оцене Првостепене лекарске комисије се одбија.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали
4. послодавцу (само за боловање)

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:
1) Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење, или

2) Ако осигурано лице које прима новчану накнаду по основу незапослености, није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије у вези привремене спречености за рад може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

Напомена: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

ОЛК - 24

Другостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 157. став 1. тачка 2) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, филијале односно послодавца _____,
(име и презиме, односно назив)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,за испитивање правилности оцене коју је као коначну дала Првостепена лекарска комисија са седиштем у _____ број _____ од _____ ,

даје следећу

О Ц Е Н У

1.**НИЈЕ САГЛАСНА** са оценом Првостепене лекарске комисије. Прихвата се захтев за испитивање правилности оцене Првостепене лекарске комисије.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали
4. послодавцу (само за боловање)

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:
1) Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење, или

2) Ако осигурано лице које прима новчану накнаду по основу незапослености, није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије у вези привремене спречености за рад може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 25

- Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву здравствене установе _____,
(назив здравствене установе)
број _____ од _____ за сагласност за наставак лечења осигураног лица

_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(име и презиме)
примљеног дана _____ као хитан случај, ван подручја матичне филијале, без

упута изабраног лекара, односно без сагласности лекарске комисије, са **ДИЈАГНОЗОМ**:
_____
(МКБ и дијагноза на латинском)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **Сагласна** са наставком лечења осигураног лица у _____
_____
(назив здравствене установе)
до _____ .

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. здравственој установи – подносиоцу захтева
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 26

- Првостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву здравствене установе _____,
(назив здравствене установе)
број _____ од _____ за сагласност за наставак лечења осигураног лица

_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(име и презиме)
примљеног дана _____ као хитан случај, ван подручја матичне филијале, без

упута изабраног лекара, односно без сагласности лекарске комисије, са **ДИЈАГНОЗОМ**:
_____
(МКБ и дијагноза на латинском)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. **НИЈЕ САГЛАСНА** са наставком лечења осигураног лица у _____
_____
(назив здравствене установе)

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. здравственој установи – подносиоцу захтева
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 27

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, на основу медицинске документације

даје следећу

О Ц Е Н У

Осигурано лице _____
(име и презиме)
из _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(адреса)
лечи се од _____
(навести ознаку из МКБ и дијагнозу болести из члана 22. став 1. тачка 5. Закона о здравственом осигурању на латинском)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

Напомена: Оцена Првостепене лекарске комисије да се осигурано лице лечи од наведене болести користи се за утврђивање основа за обавезно здравствено осигурање и за оверу здравствене књижице.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 28

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(име и презиме)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигураном лицу _____ из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, пружена је **хитна здравствена заштита** у

_____ са којом није закључен уговор.
(назив приватне праксе)

2. Осигурано лице има право на накнаду трошкова лечења до износа цене пружене здравствене услуге према Ценовнику Републичког завода, за пружену хитну здравствену заштиту у _____ .
(назив приватне праксе)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 29

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, _____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(име и презиме)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигураном лицу _____ из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, пружена је хитна здравствена заштита у

_____ којом није закључен уговор, **НИЈЕ БИЛА ХИТНА.**
(назив приватне праксе)

2. Осигурано лице нема право на накнаду трошкова лечења за здравствену заштиту пружену у _____ .
(назив приватне праксе)

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 30

На основу члана 155. у вези са чланом 104. став 3. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, _____,
(име и презиме)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

даје следећу

О Ц Е Н У

Осигураном лицу _____ из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, припада накнада трошкова превоза на основу

члана 104. став 3. Закона о здравственом осигурању.

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____
-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

ОЛК - 31

На основу члана 155. у вези са чланом 104. став 3. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС", бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, _____,
(име и презиме)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигураном лицу _____ из _____,
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, **НЕ ПРИПАДА** накнада трошкова превоза на основу члана 104. став 3. Закона о здравственом осигурању.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. _____, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

ОЛК - 32

Другостепена лекарска комисија
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 157. став 1. тачка 3) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по упуту изабраног лекара, а на основу предлога здравствене установе на терцијарном нивоу у којој се лечи осигурано лице-дете_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(име и презиме)
за продужење права на накнаду зараде осигуранику _____
(име и презиме)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, због неге члана уже породице,

даје следећу

О Ц Е Н У

1.**Продужава** се право на накнаду зараде осигуранику _____
(име и презиме)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, због неге члана уже породице до _____
(уписати датум)
2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. изабраном лекару
3. матичној филијали
4. послодавцу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.

Напомена: Другостепена лекарска комисија може својом оценом продужити право на накнаду зараде због неге члана уже породице најдуже до четири месеца.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____

ОЛК - 33

Другостепена лекарска комисија-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

На основу члана 157. став 1. тачка 3) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по упуту изабраног лекара, а на основу предлога здравствене установе на терцијарном нивоу у којој се лечи осигурано лице-дете_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|,
(име и презиме)
за продужење права на накнаду зараде осигуранику _____
(име и презиме)
ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, због неге члана уже породице,

даје следећу

О Ц Е Н У

1.Осигураник_____, ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(име и презиме)
НЕМА ПРАВО на накнаду зараде, због неге члана уже породице, јер нису испуњени услови за продужење исплате накнаде зараде.

2.ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

ДОСТАВИТИ:
1. осигураном лицу
2. изабраном лекару
3. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Испостава _____

ОЛК - 34

-**Првостепена лекарска комисија**-
Број: _____
Дана : _____ 20 _____ год.

Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураника - иностраног органа _____ број _____ од _____
_____ , ЛБО: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
(име и презиме)
Број ино-осигурања _____ примљеног дана _____ као хитан случај, у здравствену установу _____
(назив здравствене установе)
са ДИЈАГНОЗОМ: _____
(МКБ и дијагноза на латинском)

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Осигуранику **ЈЕ/НИЈЕ ПРУЖЕНА** хитна медицинска помоћ због акутног оболења или повреде настале за време боравка у иностранству _____ (навести земљу)

од _____ до _____ .

2. Осигураник у тренутку одласка у иностранство **ЈЕ/НИЈЕ БОЛОВАЛО** од акутног или хроничног оболења за које је потребно дуже лечење или стални лекарски надзор, односно осигурано лице **СЕ НАЛАЗИ/НЕ НАЛАЗИ** у стању које би убрзо по доласку у иностранство захтевало дуже лечење, односно смештај у стационарну установу.

3. Коришћење хитне медицинске помоћи у иностраној стационарној здравственој установи **ЈЕ/НИЈЕ ОПРАВДАНО** до _____ .
(до оспособљавања за здравствено безбедан повратак у земљу)

4. Набавка медицинско-техничког помагала **ЈЕ/НИЈЕ НЕОПХОДНА** у случају хитне медицинске помоћи, односно **ЈЕ/НИЈЕ У СКЛАДУ СА** општим актима Завода за здравствено осигурање.

5. **ПОСТОЈИ/НЕ ПОСТОЈИ** потреба посебног превоза (због здравственог стања) осигураног лица ради повратка у земљу _____ (врста превоза), односно **ЈЕ/НИЈЕ** потребан пратилац..

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Против оцене лекарске комисије осигураник има право приговора Другостепеној лекарској комисији у року од три дана по пријему оцене.

ДОСТАВИТИ:

1. подносиоцу захтева
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

3. _____
(потпис и факсимил)