

Образац ИПФ
Извештај
о провери функционалности

_____ (здравствена установа)

_____ (место)

_____ (број и датум)

ИЗВЕШТАЈ
О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ

1. ПОТВРЂУЈЕМ ДА ЈЕ осигураном лицу _____ ,
(име и презиме)

из _____ , ЛБО [_____] ,
(место и адреса)

матична филијала осигураног лица _____
(назив матичне филијале)

1.1. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО ПРОПИСАНОГ СТАНДАРДА, КОЈЕ ЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО

_____ (назив и шифра помагала)

1.2. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО ВЕЋЕГ СТАНДАРДА ОД ПРОПИСАНОГ, КОЈЕ ЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО

_____ (назив помагала)

*заокружити одговарајући број

2. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО НИЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО ИЗ СЛЕДЕЋИХ РАЗЛОГА:

3. ПРОВЕРА ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ИЗВРШЕНА ДАНА [_____] .

Овај извештај попуњава се у три примерка. Један примерак здравствена установа доставља матичној филијали у року од три дана од дана извршене провере функционалности, а два примерка се дају осигураном лицу од чега један за испоручиоца а један примерак остаје осигураном лицу.

М.П.

_____ (потпис и факсимил лекара специјалисте)

НАПОМЕНА: Помагало је функционално јер:

- служи за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, који спречава настанак деформитета и коригује постојећи деформитет;
- олакшава вршење основних животних функција;
- одговарајућег је стандарда у складу са Правилником о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и исправно је, односно испоручено је помагало већег стандарда од прописаног и исправно је;
- осигурано лице је корисник помагала.