РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
Комисија за трансродна стања
Број: _____
Дана:_____20_____. год.

Образац-ТП

На основу члана 42а Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања (“Сл. гласник РС”, бр. 10/10, 18/10 - исправка, 46/10, 52/10 - исправка, 80/10, 1/13 и _____) и захтева _____,
(име и презиме осигураног лица)

Комисија за трансродна стања доноси следеће

СТРУЧНО МИШЉЕЊЕ

1. **ИСПУЊЕНИ СУ** критеријуми и стандарди које је утврдила Републичка стручна комисија за област трансродних стања **за промену пола из медицинских разлога**

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

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

На основу медицинске документације коју је доставило осигурано лице утврђено је да су испуњени критеријуми и стандарди за промену пола из медицинских разлога.

2. **НИСУ ИСПУЊЕНИ** критеријуми и стандарди које је утврдила Републичка стручна комисија за област трансродних стања **за промену пола из медицинских разлога**

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

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

На основу медицинске документације коју је доставило осигурано лице утврђено је да нису испуњени критеријуми и стандарди за промену пола из медицинских разлога.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ: _____
_____
_____

ДОСТАВИТИ

1) Осигураном лицу

М.П.

За КОМИСИЈУ
Председник
_____