РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

ОЛК - 10

Испостава _____

Првостепена лекарска комисија -
Број:
Дана:

На основу члана 148. став 1. тачка 4) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19), поступајући по захтеву здравствене установе _____, првостепена
(назив здравствене установе)
лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1.Сагласна да се _____, из _____,
(име и презиме пратиоца) (адреса пратиоца)

упути у _____ као пратилац осигураног лица _____
(назив здравствене установе) (име и презиме)

ЛБО: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ за време стационарног лечења/продужене

рехабилитације.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:

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

ДОСТАВИТИ:

1. здравственој установи

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)
2. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор другостепеној лекарској комисији Филијале, ул. _____ може се изјавити у року од **три радна дана** од дана саопштења оцене првостепене лекарске комисије.

НАПОМЕНА: Здравствена установа је дужна да о оцени првостепене лекарске комисије обавести пратиоца осигураног лица.