ОБРАЗАЦ ИПФ

_____
(здравствена установа)

_____
(место)

_____
(број и датум)

И З В Е Ш Т А Ј
О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ПОМАГАЛА

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

који је корисник помагала, из _____,
(место и адреса)

ЛБО ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐,

матична филијала осигураног лица _____
(назив матичне филијале)

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

_____
(назив и шифра помагала)

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

_____.
(назив помагала)

*заокружити одговарајући број

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

_____
_____.

3. ПРОВЕРА ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ПОМАГАЛА ИЗВРШЕНА ДАНА ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐.
дан месец година

М.П.

_____
потпис и факсимил
специјалисте одговарајуће специјалности

НАПОМЕНА:
Овај извештај попуњава се у три примерка. Један примерак здравствена установа доставља матичној филијали осигураног лица у року од три дана од дана извршене провере функционалности испорученог помагала, а два примерка уручују се осигураном лицу који један предаје испоручиоцу.