
(здравствена установа)

(место)

(број и датум)

**ИЗВЕШТАЈ
О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ**

1. ПОТВРЂУЈЕМО ДА ЈЕ осигураном лицу _____,
(име и презиме)
из _____, ЛБО I I I I I I I I I I I I I,
(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 I I I I I I I I I I I I I.

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.

М.П.

(потпис и факсимил лекара специјалисте)

(потпис и факсимил лекара специјалисте)

(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.