

ЛИСТА ЧЕКАЊА - ДОСТАВА МЕДИЦИНСКЕ ДОКУМЕНТАЦИЈЕ

I ПОПУЊАВА ЗДРАВСТВЕНА УСТАНОВА ПРИМАРНЕ ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

(назив здравствене установе којој се доставља медицинска документација)

Достављање медицинске документације за стављање на листу чекања*

Достављање медицинске документације за промену места на листи чекања**

*

Мој изабрани лекар _____ из _____

(име и презиме изабраног лекара и ИД број)

(назив здравствене установе)

извршио је |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| резервацију места на листи чекања у вашој здравственој установи

за _____

(назив здравствене установе за коју је извршена резервација)

II ПОПУЊАВА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ

*

У прилогу достављам ФОТОКОПИЈУ медицинске документације* ради стављања на листу чекања, и то:

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

- _____

*Уместо радиографских и других снимака, доставља се фотокопија налаза надлежног лекара о прочитаном снимку. У медицинску документацију спада и фотокопија упута изабраног лекара за здравствену установу којој се доставља документација, као и оцена надлежне лекарске комисије, ако је потребна.

Датум |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| _____

и _____

(место)

ОСИГУРАНО ЛИЦЕ

(име и презиме)

(место становања)

(адреса становања)

Напомене:

1. Попунити читко, штампаним словима и доставити здравственој установи најкасније 7 дана од дана резервације.

2. Оригинал медицинске документације осигурано лице доноси са собом приликом пријема у здравствену установу ради пружања здравствене услуге.

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____ (презиме и име контакт особе и телефон/ моб. телефон/ e-mail)

_____ (телефон/ моб. телефон/ e-mail)

II ПОПУЊАВА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ

**

Налазим се на листи чекања у вашој здравственој установи за

_____ (назив здравствене услуге због које се осигурано лице налази на листи чекања)

са очекиваним датумом пријема |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ради пружања здравствене услуге

Због измењеног здравственог стања, потребно је да се изврши одговарајућа промена места у листи чекања. Из наведеног разлога у прилогу достављам фотокопију допуне медицинске документације* која потврђује промену здравственог стања, и то:

- _____
- _____
- _____
- _____

*Уместо радиографских и других снимака, доставља се фотокопија налаза надлежног лекара о прочитаном снимку.

Датум |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ОСИГУРАНО ЛИЦЕ

_____ (име и презиме)

и _____

(место)

_____ (место становања)

Напомене:

1. Попунити читко, штампаним словима и доставити здравственој установи најкасније 7 дана од дана резервације.

_____ (адреса становања)

2. Оригинал медицинске документације осигурано лице доноси са собом приликом пријема у здравствену установу ради пружања здравствене услуге.

ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____ (презиме и име контакт особе и телефон/ моб. телефон/ e-mail)

_____ (телефон/ моб. телефон/ e-mail)