

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ПРОПИСИВАЊЕ, ОДРЖАВАЊЕ И РЕМОНТ ПОМАГАЛА



- НОВО ПОМАГАЛО
 СЕРВИСИРАЊЕ ПОМАГАЛА
 ПОПРАВКА ДЕЛА ПОМАГАЛА
 ПОПРАВКА ЦЕЛОГ ПОМАГАЛА
 ЗАМЕНА ДЕЛА ПОМАГАЛА
 РЕМОНТ ПОМАГАЛА

Назив здравствене установе /

Број здравственог картона/год. - протокола/год. - историја болести/год.

На основу прегледа, утврђеног здравственог стања, података о претходно коришћеним помагалима и постављене индикације за:

1. Осигурано лице		2. Датум рођења	
3. Број здравствене књижице		4. ЛБО	
5. Матична филијала	6. Основ ослобађања од партиципације	7. Држава	

На основу :

8. Мишљења број	9. Датум давања мишљења	10. Назив здравствене установе у којој је дато мишљење
11. Име и презиме лекара		12. Специјализација
13. Отпусне листе број	14. Датум отпуста	15. Назив здравствене установе која је издала отпусну листу

16. Стакла за корекцију вида		17. Стакла за корекцију вида																			
Врста стакла		Врста стакла																			
<input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична)	<table border="1"> <tr><th>SpH</th><th>Cyl</th><th>Ax</th></tr> <tr><td>OD</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OS</td><td></td><td></td></tr> </table>	SpH	Cyl	Ax	OD			OS			PВ _____ mm	<table border="1"> <tr><th>SpH</th><th>Cyl</th><th>Ax</th></tr> <tr><td>OD</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>OS</td><td></td><td></td></tr> </table>	SpH	Cyl	Ax	OD			OS		
SpH	Cyl	Ax																			
OD																					
OS																					
SpH	Cyl	Ax																			
OD																					
OS																					
<input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична)		<input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична)																			

18. Наочаре за близину	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ	20. Контактна сочива			
рам за наочаре					
19. Наочаре за даљину	<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ				
рам за наочаре					

21. Аудиолошки налаз о губитку слуха: Губитак слуха у говорној фреквенцији (1000 - 4000 Hz) и преко 40 dB

десно _____, _____ Hz лево _____, _____ Hz десно _____ dB лево _____ dB

22. Стоматолошке надокнаде

8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8
8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8

Опис радова: _____

23. Индикације: _____

24. Назив помагала _____

25. Шифре и подшифре из Шифарника помагала (шифра /подшифра x количина):

x	x	x	x	x	x	x	x
x	x	x	x	x	x	x	x

26. _____
ИД број лекара специјалисте / изабраног лекара

(М.П.)

27. _____
датум попуњавања обрасца

28. Потпис и факсимил лекара специјалисте / изабраног лекара

