

Образац ОЗ - 13

САГЛАСНОСТ МАТИЧНЕ ФИЛИЈАЛЕ ЗА НАСТАВАК ЛЕЧЕЊА ОСИГУРАНОГ ЛИЦА

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО
ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА ЗА _____
Број: _____
Дана: _____ 20__ . г.

Образац ОЗ - 13

Филијала за _____ округ, решавајући по захтеву здравствене установе

(назив и адреса здравствене установе)

број _____ од _____ за сагласност на наставак лечења осигураног лица

(име и презиме)

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

ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

примљеног дана _____ као хитан случај, ван подручја матичне филијале, без упута изабраног лекара, односно без овере лица које је овластио директор матичне филијале, са дијагнозом _____

ОБАВЕШТАВА
здравствену установу

1. Да је сагласна са наставком лечења осигураног лица _____

_____.

2. Да није сагласна са наставком лечења осигураног лица из следећих разлога:

_____.

(име, презиме и потпис овлашћеног
лица у Филијали)

М.П.