УПУТ ЗА АМБУЛАНТНО-СПЕЦИЈАЛИСТИЧКИ ПРЕГЛЕД	Образац ОЗ-2

Здравствена установа	
Број здравственог картона - протокола	

Здравственој установи	
лекару специјалисти за:	

Упућује се	_____ (презиме и име)	_____ (име једног родитеља)
ЈМБГ |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		ЛБО |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|
члан је породице	_____ сродство	_____ (презиме и име носиоца осигурања)
рег. бр. |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|		_____ (основ осигурања)
упућује се на специјалистички преглед ради:		
_____ 20_____ год	М П	_____ (потпис и факсимил доктора медицине)

Здравствена установа	Пријавио се дана _____ 20____ у _____ час. Преглед завршен _____ 20____ у _____ час. Број протокола - евиденције _____

ИЗВЕШТАЈ ЛЕКАРА СПЕЦИЈАЛИСТЕ

Презиме и име осигураника	
Нашао сам да болује од	
Налаз и мишљење	
_____ 20_____ год.	М П _____ (потпис и факсимил лекара специјалисте)