

\_\_\_\_\_  
 (назив здравствене установе)

\_\_\_\_\_  
 (организациони део)

ОБРАЗАЦ ЗА СТАВЉАЊЕ НА ЛИСТУ ЧЕКАЊА/ ПРОМЕНУ МЕСТА НА ЛИСТИ ЧЕКАЊА

**I ПОПУЊАВА** \_\_\_\_\_

(име и презиме овлашћеног лица у ЗУ - адм. здр. радник)

1. Презиме и име осигураног лица _____	
ЈМБГ  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	ЛБО  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
2. Адреса становања _____	
3. Телефон/ моб. телефон/ e-mail: _____	
4. Презиме и име контакт особе и телефон/ моб. телефон/ e-mail: _____	
Датум резервације места  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Датум пријема медицинске документације  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

**II ПОПУЊАВА ЛЕКАР У ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ**

1. Здравствена услуга због које се осигурано лице ставља на листу чекања _____		
2. Врста имплантата (уградни материјал) _____	3. Медицинска индикација по МКБ-10	_ _ _ _ _ _ _ _
4. Клинички критеријуми _____		
5. За парне органе или делове тела ознака лево или десно (заокружити)	6. Рок за пружање здравствене услуге (заокружити)	
ЛЕВО                    ДЕСНО	а) до 2 месеца    г) до 12 месеци	б) до 3 месеца    д) до 24 месеца
в) до 6 месеци		
7. Потпис и факсимил/ штамбиљ надлежног лекара _____	7.1 Потпис и факсимил руководиоца орг. јединице _____	7.2 Потпис и факсимил директора ЗУ/ организационог дела ЗУ _____

**III ПОПУЊАВА лице овлашћено за унос података на листу чекања**

Датум стављања на листу чекања  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Очекивани датум пружања здравствене услуге  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
---	---

Попуњава се у два примерка од чега је један за здравствену установу један за осигурано лице