

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ
ФИЛИЈАЛА _____

ОЛК –10а

Испостава _____

Првостепена лекарска комисија -

Број:

Дана:

На основу члана 148. став 1. тачка 4) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19),
поступајући по захтеву здравствене установе _____,
(назив здравствене установе)

лекарска комисија

даје следећу

О Ц Е Н У

1. Није сагласна да се _____, из _____,
(име и презиме пратиоца) (адреса пратиоца)

упути у _____ као пратилац осигураног лица _____
(назив здравствене установе) (име и презиме)

ЛБО:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 за време стационарног лечења/продужене рехабилитације.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:

ДОСТАВИТИ:

1. здравственој установи

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. _____
(потпис и факсимил)

2. _____
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор другостепеној лекарској комисији Филијале, ул. _____
може се изјавити у року од **три радна дана** од дана саопштења оцено првостепене лекарске комисије.

НАПОМЕНА: Здравствена установа је дужна да о оцени првостепене лекарске комисије обавести
пратиоца осигураног лица.