

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА

ОЛЖ - 39

Испостава \_\_\_\_\_

**Првостепена лекарска комисија -**

Број:

Дана:

На основу члана 148. став 1. тачка 13) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 25/19) и члана 59. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Сл. гласник РС“, бр. 10/10, 18/10-испр., 46/10, 52/10-испр., 80/10, 60/11-одлука УС, 1/13 и 108/17) првостепена лекарска комисија, решавајући по предлогу стручног конзилијума или лекара специјалисте

(назив здравствене установе)

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. Сагласна да се осигурано лице \_\_\_\_\_ ЛБО: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
(име и презиме осигураног лица)

из \_\_\_\_\_ лечи дијализом \_\_\_\_\_  
(адреса) (врста дијализе)

у кућним условима \_\_\_\_\_ на апарату \_\_\_\_\_.  
(датум почетка кућне дијализе) (назив апарата ако се ради о хемодијализи)

## 2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(подпис 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 оцене првостепене лекарске комисије.