Образац ОЗ - 11

_____
Назив здравствене установе
Број здравственог картона – протокола _____
Дана _____ 20____ године

П О Т В Р Д А

О ПОТРЕБИ ПУТОВАЊА У ЦИЉУ ОСТВАРИВАЊА ЗДРАВСТВЕНЕ ЗАШТИТЕ

Упућује се _____.
(презиме и име осигураног лица које се упућује)

Број здравствене књижице _____

у ЈМБГ |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| ЛБО |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

здравствену установу _____ у _____

РАДИ:* а) АМБУЛАНТНО - СПЕЦИЈАЛИСТИЧКОГ ПРЕГЛЕДА
б) СТАЦИОНАРНОГ ЛЕЧЕЊА
ц) ПРОДУЖЕНЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ
д) КОМИСИЈСКОГ ПРЕГЛЕДА

С обзиром на природу болести потребан је превоз следећим превозним средством _____
_____

Пратилац је – није потребан _____
_____
_____
_____

Потпис и факсимил
изабраног лекара

_____ М П _____

*)Одговарајуће податке заокружити