Прилог уз Е-фактуру бр. \_\_\_\_\_\_\_

датум \_\_.\_\_.\_\_\_\_. године

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

давалац здравствених услуга (назив и седиште)

**ИЗВЕШТАЈ О ЛЕЧЕЊУ ХИПЕРБАРИЧНОМ ТЕРАПИЈОМ КИСЕОНИКОМ**

|  |  |
| --- | --- |
| Име и презиме пацијента  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|   | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
|  ЛБО  |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Основ осигурања |  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |
| Партиципација  |  | Конвенција (држава) | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |
|  Ординирајући лекар | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |
| --- | --- |
| Упут | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (назив здравствене установе у којој је издат упут) |
| Мишљење три лекара | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  (назив здравствене установе терцијарног нивоа ) |
| Лекарска комисија: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | (назив филијале) |

Индикационо подручје \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Шифра упутне дијагнозе: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (редни број индикације из уговора)

Организациона јединица у којој је пружена услуга \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Период ХБО терапије од \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_\_. године до \_\_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_\_. године

Број ХБО третмана \_\_\_\_\_\_ х \_\_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РСД

 Укупни трошкови \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ РСД

 Потпис

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 овлашћено лице даваоца услуга

64019.32/114