



- НОВО ПОМАГАЛО СЕРВИСИРАЊЕ ПОМАГАЛА ПОПРАВКА ДЕЛА ПОМАГАЛА
 ПОПРАВКА ЦЕЛОГ ПОМАГАЛА ЗАМЕНА ДЕЛА ПОМАГАЛА РЕМОНТ ПОМАГАЛА

Назив здравствене установе _____

Број здравственог картона/год. – протокола/год.-историје болести/год. _____

На основу прегледа, утврђеног здравственог стања, података о претходно коришћеним помагалима и постављене индикације за:

1 Осигурано лице _____, 2 Датум рођења _____

3 Број здравствене картице _____, 4 ЛБО: _____

5 Матична филијала _____ 6 Основ ослобађања од плаћања партиципације _____ 7 Држава _____

На основу:

8 Мишљења број _____ 9 Датум давања мишљења _____ 10 Назив здравствене установе у којој је дато мишљење _____ 11 Име и презиме доктора медицине _____

12 Специјализација _____

13 Отпусна листа број _____ 14 Датум отпусне листе _____ 15 Назив здравствене установе која је издала отпусну листу _____

16. Органска стакла (пластична)	OD	SpH	Cyl	Ax	PB _____mm	17. Органска стакла (пластична)	OD	SpH	Cyl	Ax
		OS							OS	

18 Наочаре за близину ДА НЕ 20 Контактна сочива19 Наочаре за даљину ДА НЕ

OD	DTP	DIA	BC
	OS		

21. Аудиолошки налаз Губитак слуха у говорној фреквенцији (1000-4000Hz) десно _____ Hz лево _____ Hz и преко 40 dB десно _____ лево _____

22. Стоматолошке надокнаде

8	7	6	5	4	3	2	1	8	7	6	5	4	3	2	1

Опис радова: _____

23. Индикације: _____

24. Назив помагала: _____

25. Шифре и подшифре из Шифарника помагала (шифра/подшифра x количина)

x	x	x	x	x	x	x
x	x	x	x	x	x	x

26. ИД број:
(ИД број доктора медицине специјалисте одговарајуће гране медицине/ИД број изабраног лекара)

27. Датум попуњавања обрасца _____

М.П.

28. Потпис и факсимил доктора медицине специјалисте одговарајуће гране медицине/изабраног лекара

ОБЕРА У МАТИЧНОЈ ФИЛИЈАЛИ

- НОВО ПОМАГАЛО КОРИШЋЕНО ПОМАГАЛО СЕРВИСИРАЊЕ ПОМАГАЛА РЕМОНТ
 ПОПРАВКА ДЕЛА ПОМАГАЛА ПОПРАВКА ЦЕЛОГ ПОМАГАЛА ЗАМЕНА ДЕЛА ПОМАГАЛА

Увидом у службену евиденцију утврђено је да _____
(име и презиме осигураног лица)

испуњава прописане услове за обезбеђивање помагала из средстава обавезног здравственог осигурања

1. Назив помагала _____

2. Шифре и подшифре из Шифарника помагала (шифра/подшифра x количина)

x	x	x	x	x	x	x
x	x	x	x	x	x	x

3. Учешће (само за нова помагала) учешће од _____ без учешћа шифра _____

4. Коришћено помагало ДА НЕ

5. Помагало издато дана _____
(за сервисирање, поправку/замену дела помагала)

6. Гарантни рок истекао _____
(за сервисирање, поправку/замену дела помагала)

7. Реверс број _____ саставни је део ове потврде. 8. Датум: _____

9. Овера извршена на основу оцене лекарске комисије број _____ од _____

10. Датум овере _____ М.П. 11. _____
(потпис)

ИСПОРУКА ПОМАГАЛА

12. Оверен образац примљен _____ 13. Помагало издато*/услуга извршена _____
(датум) (датум)

14. Испоручилац _____ М.П.

15. Износ накнаде _____ 16. Потпис осигураног лица _____

Напомена:

* уписати датум издавања помагала односно дела помагала, односно датум сервисирања помагала, поправке или замене помагала или дела помагала, односно датум ремонта помагала.

Осигурано лице је дужно да оверен образац у року од 90 дана од дана прописивања помагала испоручиоцу преда образац ОПП.