

П Р И Ј Е Д Л О Г
ЗА КОМИСИЈУ ФОНДА ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ
РАДИ ОБЕЗБЈЕЂИВАЊА МЕДИЦИНСКЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ

Презиме и име осигураног лица:	
ЈМБ:	
Адреса стана (мјесто, улица и број):	
Број телефона осигураног лица:	

Дијагноза и шифра болести:	
Потребна пратња другог лица:	☐ ДА ☐ НЕ
☐ Предлаже се спровођење прве медицинске рехабилитације у специјализованој здравственој установи или код даваоца здравствене услуге из дјелатности физикалне медицине и рехабилитације у Републици Српској Приједлог дужине трајања медицинске рехабилитације	
☐ Предлаже се обнова медицинске рехабилитације у специјализованој здравственој установи у Републици Српској Приједлог дужине трајања обнове медицинске рехабилитације	
☐ Предлаже се продужење медицинске рехабилитације у специјализованој здравственој установи у Републици Српској Приједлог броја додатних дана медицинске рехабилитације која је у току	
Приједлог даваоца услуге медицинске рехабилитације:	
Образложење приједлога за спровођење/обнову или продужење медицинске рехабилитације:	

Медицинску рехабилитацију предлаже:	
Контакт телефон установе:	
Доктор медицине специјалиста:	
Специјализована здравствена установа која спроводи рехабилитацију (*у случају продужавања одобрене медицинске рехабилитације)	
Датум: _____	М. П.

Сви подаци који се уносе у овај документ се користе искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.