
Назив здравствене установе

Број

Датум

Место

ОБАВЕШТЕЊЕ

ОБАВЕШТАВА СЕ РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ – ФИЛИЈАЛА _____:

(филијала која је издала исправу о здравственом осигурању – здравствену књижицу)

1. ДА ЈЕ КОД _____
(Име и презиме)

ЈМБГ _____ ЛБО _____

УТВРЂЕНО ПОСТОЈАЊЕ ТРУДНОЋЕ. ОЧЕКИВАНИ ТЕРМИН ПОРОЂАЈА ЈЕ

_____ датум
2. ДА ЈЕ КОД _____
(Име и презиме)

ЈМБГ _____ ЛБО _____

УТВРЂЕН ПРЕКИД ТРУДНОЋЕ НА ДАН

3. ДА СЕ _____
(Име и презиме)

ЈМБГ _____ ЛБО _____

ДАНА _____ ПОРОДИЛА И РОДИЛА ЖИВО ДЕТЕ.

4. ДА СЕ _____
(Име и презиме)

ЈМБГ _____ ЛБО _____

ДАНА _____ ПОРОДИЛА И РОДИЛА МРТВО ДЕТЕ.

5. ДА ЈЕ ОСИГУРАНО ЛИЦЕ-ДЕТЕ _____
(Име и презиме)

ЈМБГ _____ ЛБО _____

УМРЛО ПРЕ НАВРШЕНИХ 12 МЕСЕЦИ ЖИВОТА.

У _____

ЛЕКАР / ОВЛАШЋЕНО ЛИЦЕ
ЗДРАВСТВЕНЕ УСТАНОВЕ

Дана _____

(Име и презиме)

НАПОМЕНА: 1. Обавештење се доставља електронским путем филијали Републичког фонда за здравствено осигурање која је издала исправу о здравственом осигурању- здравствену књижицу одмах по утврђивању чињеница из Обавештења.

2. Обавештење се доставља у складу са одредбама Закона о остваривању права на здравствену заштиту деце, трудница и породиља („Сл. гласник РС“ број 104/13) и према упутству за примену наведеног закона.

3. У тачки 5. Обавештења, за случај да је умрло дете у кратком року после рођења, односно пре пријављивања на обавезно здравствено осигурање, не попуњава се рубрика са именом детета, већ се само у рубрику ЈМБГ и ЛБО уписују подаци мајке.

ВАЖНО: ОВО ОБАВЕШТЕЊЕ ДОСТАВЉА СЕ ФИЛИЈАЛИ РЕПУБЛИЧКОГ ФОНДА САМО У СЛУЧАЈЕВИМА КАДА СЕ ОСТВАРУЈУ ПРАВА НА ЗДРАВСТВЕНУ ЗАШТИТУ ДЕЦЕ, ТРУДНИЦА И ПОРОДИЉА НА ОСНОВУ НАВЕДЕНОГ ЗАКОНА СА ИСПРАВАМА О ЗДРАВСТВЕНОМ ОСИГУРАЊУ - ЗДРАВСТВЕНИМ КЊИЖИЦАМА КОЈЕ НИСУ ОВЕРЕНЕ.