

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ПРОПИСИВАЊЕ, ОДРЖАВАЊЕ И РЕМОНТ ПОМАГАЛА

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

Назив здравствене установе /

Број здравственог картона/год. - протокола/год. - историја 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 књижице |  | 4. ЛБО                               |  |
| 5. Матична филијала         |  | 6. Основ ослобађања од 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 лекара |  |                         |  | 12. Специјализација                                         |  |
| 13. Отпусне листе број   |  | 14. Датум отпуста       |  | 15. Назив здравствене установе која је издала отпусну листу |  |

|                                                                                  |  |                                                                                  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| 16. Стакла за корекцију вида                                                     |  | 17. Стакла за корекцију вида                                                     |  |
| Врста стакла                                                                     |  | Врста стакла                                                                     |  |
| <input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична) |  | <input type="checkbox"/> минерална <input type="checkbox"/> органска (пластична) |  |
| PB _____ mm                                                                      |  |                                                                                  |  |

|                                                                        |  |                      |  |
|------------------------------------------------------------------------|--|----------------------|--|
| 18. Наочаре за близину                                                 |  | 20. Контактна сочива |  |
| рам за наочаре <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ |  |                      |  |
| 19. Наочаре за даљину                                                  |  |                      |  |
| рам за наочаре <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ |  |                      |  |

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

|                            |  |
|----------------------------|--|
| 22. Стоматолошке надокнаде |  |
| 8 7 6 5 4 3 2 1            |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8            |  |
| 8 7 6 5 4 3 2 1            |  |
| 1 2 3 4 5 6 7 8            |  |

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   x   x                                             |  |

|                                                |
|------------------------------------------------|
| 26. _____                                      |
| ИД број лекара специјалисте / изабраног лекара |

(М.П.)

|                          |
|--------------------------|
| 27. _____                |
| датум попуњавања обрасца |

28. Потпис и факсимил лекара специјалисте / изабраног лекара

|                           |
|---------------------------|
| ОБЕРА У МАТИЧНОЈ ФИЛИЈАЛИ |
|---------------------------|

☐ НОВО ПОМАГАЛО   ☐ КОРИШЋЕНО ПОМАГАЛО   ☐ СЕРВИСИРАЊЕ ПОМАГАЛА   ☐ ПОПРАВКА ДЕЛА ПОМАГАЛА

☐ ПОПРАВКА ЦЕЛОГ ПОМАГАЛА   ☐ ЗАМЕНА ДЕЛА ПОМАГАЛА   ☐ РЕМОНТ 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):

A horizontal number line with tick marks at every integer from 0 to 10. The numbers 0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, and 10 are written below the line. The number 5 is highlighted in blue.

A horizontal number line with seven tick marks. Above each tick mark is the letter 'x'.

|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 3. Учешће (само за нова помагала) | 4. Коришћено помагало |
|-----------------------------------|-----------------------|

|                                   |                       |
|-----------------------------------|-----------------------|
| 3. Учешће (само за нова помагала) | 4. Коришћено помагало |
|-----------------------------------|-----------------------|

☐ уз учешће од \_\_\_\_\_ ☐ без учешћа шифра \_\_\_\_\_ ☐ **ДА** ☐ **НЕ**

☐ уз учешће од \_\_\_\_\_ ☐ без учешћа шифра \_\_\_\_\_ ☐ **ДА** ☐ **НЕ**

5. Помагало издато дана (за сервисирање / поправку / замену дела помагала) 6. Гарантни рок истекао (за поправку / замену дела помагала)

6. Гарантни рок istekaao (za popravku / zamenу дела pomagala)

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|--|--|--|--|

[illegible]

|                |           |
|----------------|-----------|
| 7. Реверс број | 8. Датум: |
|----------------|-----------|

\_\_\_\_\_ саставни је део ове потврде

|                |           |
|----------------|-----------|
| 7. Реверс број | 8. Датум: |
|----------------|-----------|

\_\_\_\_\_ саставни је део ове потврде

9. Овера извршена на основу

оцене лекарске комисије филијале бр. \_\_\_\_\_ од 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

10. Датум овере: \_\_\_\_\_ (М.П.) \_\_\_\_\_

10. Датум овере: \_\_\_\_\_ (М.П.) \_\_\_\_\_

10. Датум овере:        (М.П.) \_\_\_\_\_

11. Потпис \_\_\_\_\_

ИСПОРУКА ПОМАГАЛА

12. Оверен образац примио \_\_\_\_\_ ,  
 \_\_\_\_\_  
 датум

13. помагало издато\*/  
 услуга извршена \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 датум

12. Оверен образац примио \_\_\_\_\_ ,  
 \_\_\_\_\_  
 датум

13. помагало издато\*/  
 услуга извршена \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 датум

14. Испоручилац 15. Цена 16. Потпис осигураног лица

14. Испоручилац 15. Цена 16. Потпис осигураног лица

14. Испоручилац 15. Цена 16. Потпис осигураног лица

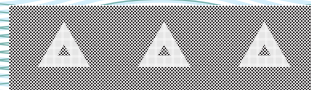
17. Маркица помагала / серијски бројо маркице

Напомена:

Напомена:  
\* уписати датум издавања помагала односно сервисирања, поправке, замене или ремонта помагала

Осигурано лице дужно је да оверен образац у року од 90 дана од дана издавања преда на реализацију испоручиоцу према истакнутом списку у матичној филијали - испостави.

# РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ



ФИЛИЈАЛА \_\_\_\_\_

ИСПОСТАВА \_\_\_\_\_

АДРЕСА \_\_\_\_\_

РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

## ОБРАЗАЦ РЕВЕРСА

РФЗО

РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ - РЕПУБЛИЧИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

На основу члана 7. став 2. Правилника о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања обавезујем се овом изјавом, под материјалном и кривичном одговорношћу да ћу одобрено помагало

\_\_\_\_\_ оверено у матичној филијали - \_\_\_\_\_  
(назив помагала - шифра)

преузето код овлашћеног испоручиоца, по престанку потребе за коришћењем, ово помагало вратити матичној филијали.

ОБЕРА матичне филијале

(М.П.)

ИЗЈАВУ ДАО

\_\_\_\_\_

(презиме и име)

Број: \_\_\_\_\_

ЈМБГ \_\_\_\_\_

Датум: \_\_\_\_\_

Адреса: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Лична карта бр. \_\_\_\_\_, МУП \_\_\_\_\_

(одговорни радник)

Помагало \_\_\_\_\_ издато је дана \_\_\_\_\_ осигураном лицу \_\_\_\_\_.

Испоручилац:

(М.П.)

Пријем помагала потврђује:

\_\_\_\_\_

(одговорни радник)

\_\_\_\_\_

(презиме и име)

1) Реверс се попуњава у три примерка када је помагало ново. Један остаје филијали при овери обрасца, а два примерка се дају осигураном лицу које их предаје испоручиоцу помагала. Испоручилац оверава оба примерка, један примерак враћа осигураном лицу, а други доставља филијали уз рачун за помагало.

2) Реверс се попуњава у два примерка када је помагало коришћено и то један примерак за осигурано лице, а други примерак остаје филијали.

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_

ОЛК-СП1

Првостепена лекарска комисија

Број: \_\_\_\_\_

Дана: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ . године

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“, бр. 107/05, 109/05 - исправка, 57/11, 110/12 - одлука УС и 119/12), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

### О Ц Е Н У

1. \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_  
(име и презиме осигураног лица) (адреса)

ЛБО: I \_ \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ \_ I, СА ИНДИКАЦИЈОМ: \_\_\_\_\_  
(МКБ и дијагноза на латинском)

☐ ОПРАВДАНО ЈЕ прописивање помагала.

☐ ОПРАВДАНО ЈЕ СЕРВИСИРАЊЕ помагала – провера функционалности извршена је дана I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I.

☐ ОПРАВДАНА ЈЕ ПОПРАВКА помагала – провера функционалности извршена је дана I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I.

☐ ОПРАВДАНА ЈЕ ЗАМЕНА дела помагала – провера функционалности извршена је дана I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I.

☐ ОПРАВДАН ЈЕ РЕМОНТ помагала – провера функционалности извршена је дана I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I.

(означити одговарајућу опцију)

2. Оцена лекарске комисије дата на основу обрасца за прописивање помагала број \_\_\_\_\_ од I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I \_ \_ \_ \_ I.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцено Првостепене лекарске комисије.

**ОБАВЕШТЕЊЕ:** Осигурано лице коме је лекарска комисија одобрила помагало дужно је да се у року од 30 дана од дана преузимања помагала од испоручиоца јави лекару специјалсти ради провере функционалности преузетог помагала.

51014.20/21

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_

ОЛК-СП2

Првостепена лекарска комисија

Број: \_\_\_\_\_

Дана: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . 20 \_\_\_\_ . године

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. Гласник РС“, бр. 107/05, 109/05-исправка, 57/11, 110/12 одлука УС и 119/12), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

### О Ц Е Н У

1. \_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_  
(име и презиме осигураног лица) (адреса)

ЛБО: I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I, са ИНДИКАЦИЈОМ: \_\_\_\_\_  
(МКБ и дијагноза на латинском)

☐ НИЈЕ ОПРАВДАНО прописивање помагала.

☐ НИЈЕ ОПРАВДАНО СЕРВИСИРАЊЕ помагала.

☐ НИЈЕ ОПРАВДАНА ПОПРАВКА помагала.

☐ НИЈЕ ОПРАВДАНА ЗАМЕНА дела помагала.

☐ НИЈЕ ОПРАВДАН РЕМОНТ помагала.

(означити одговарајућу опцију)

2. Оцена лекарске комисије дата на основу обрасца за прописивање помагала број \_\_\_\_\_ од I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I \_ I.

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу

2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

\_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.  
51014.20/22

**- Другостепена лекарска комисија -**

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05, 109/05-исправка и 57/11), Другостепена лекарска комисија, решавајући по приговору осигураног лица

\_\_\_\_\_ (име и презиме осигураног лица)

ЛБО: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, на оцену Првостепене лекарске комисије са седиштем у \_\_\_\_\_ број \_\_\_\_\_ од |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| у вези

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. НИЈЕ САГЛАСНА са оценом Првостепене лекарске комисије. Прихвата се приговор на оцену Првостепене лекарске комисије.

2. Оцена Другостепене лекарске комисије гласи:

- ☐ ОПРАВДАНО ЈЕ прописивање помагала.
- ☐ ОПРАВДАНО ЈЕ СЕРВИСИРАЊЕ помагала – провера функционалности извршена је дана |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.
- ☐ ОПРАВДАНА ЈЕ ПОПРАВКА помагала - провера функционалности извршена је дана |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.
- ☐ ОПРАВДАНА ЈЕ ЗАМЕНА дела помагала - провера функционалности извршена је дана |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.
- ☐ ОПРАВДАН ЈЕ РЕМОНТ помагала - провера функционалности извршена је дана |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|.

(означити одговарајућу опцију)

3. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_

**ДОСТАВИТИ:**

1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали

**ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:**

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.

**ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:**

Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.

**ОБАВЕШТЕЊЕ:** Осигурано лице коме је Другостепена лекарска комисија одобрила помагало дужно је да се у року од 30 дана од дана преузимања помагала од испоручиоца јави лекару специјалисти ради функционалности презетог помагала.

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_

- Другостепена лекарска комисија -

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год.

ОЛК - СП4

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05, 109/05-  
исправка и 57/11), Другостепена лекарска комисија, решавајући по приговору осигураног лица

\_\_\_\_\_  
(име и презиме)

ЛБО : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], на оцену Првостепене лекарске комисије са седиштем  
у \_\_\_\_\_ број \_\_\_\_\_ од [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
у вези \_\_\_\_\_

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. **Сагласна** са оценом Првостепене лекарске комисије. Приговор на оцену  
Првостепене лекарске комисије се одбија.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:

Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може  
захтевати да му Филијала изда решење.

\_\_\_\_\_

(здравствена установа)

Образац ИПФ

\_\_\_\_\_

(место)

\_\_\_\_\_

(број и датум )

**ИЗВЕШТАЈ**  
**О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ**

1. ПОТВРЂУЈЕМ ДА ЈЕ осигураном лицу \_\_\_\_\_

(име и презиме )

из \_\_\_\_\_

(место и адреса)

ЛБО [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ], матична филијала осигураног лица \_\_\_\_\_

(назив матичне филијале)

**ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО**

\_\_\_\_\_

(назив и шифра помагала)

1.1. ФУНКЦИОНАЛНО У СМISЛУ ПРАВИЛНИКА О МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКИМ ПОМАГАЛИМА КОЈА СЕ ОБЕЗБЕЂУЈУ ИЗ СРЕДСТАВА ОБАВЕЗНОГ ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА

1.2. НИЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО ИЗ СЛЕДЕЋИХ РАЗЛОГА:

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

\*заокружити одговарајући број

2. ПРОВЕРА ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ИЗВРШЕНА ЈЕ ДАНА [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ].

Овај извештај попуњава се у три примерка. Један примерак здравствена установа доставља матичној филијали осигураног лица у року од три дана од дана извршене провере функционалности, а два примерка се дају осигураном лицу од чега један за испоручиоца а један примерак остаје осигураном лицу.

М.П.

\_\_\_\_\_

(потпис и факсимил лекара специјалисте)

· НАПОМЕНА: Помагало је функционално јер:

- служи за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, који спречава настанак деформитета и коригује постојећи деформитет;
- олакшава вршење основних животних функција;
- одговарајућег је стандарда у складу са Правилником о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и исправно је;
- осигурано лице је корисник помагала.

РЕПУБЛИЧКИ ФОНД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_  
Испостава \_\_\_\_\_

Образац 3М

\_\_\_\_\_ **лекарска комисија**

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 61. став 1. Правилника о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања ("Службени гласник РС", бр. 52/12, 63/13-испр. и 73/12-испр.), лекарска комисија у поступку доношења оцене о оправданости прописивања слушног апарата

## ЗАХТЕВА

**ОД КОМИСИЈЕ ЗА ВОКАЛНО И ТОНАЛНО АУДИОЛОШКО  
ИСПИТИВАЊЕ ПРИ ФИЛИЈАЛИ** \_\_\_\_\_

СТРУЧНО МИШЉЕЊЕ О ОПРАВДАНОСТИ ПРОПИСИВАЊА СЛУШНОГ АПАРАТА за

\_\_\_\_\_, из \_\_\_\_\_  
(име и презиме осигураног лица) (назив филијале РФЗО)

ЛБО 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Осигурано лице дужно је да се са медицинском документацијом одмах јави комисији за вокално и тонално аудиолошко испитивање у Филијали \_\_\_\_\_

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.