

ZAHTEJEV ZA MEDICINSKU EVAKUACIJU ZRAČNIM PUTEM (MEZP)

1. Za:	Ministarstvo odbrane Bosne i Hercegovine
2. Operativni centar:	OČK2IO BiH
a) Ime i prezime	Operativni dežurni tim ZŠ OS BiH
b) Organizacija	ZŠ OS BiH
c) Telefon	033/285-907
d) FAX	033/285-916
e) E-mail	ock2iobih@js.mod.gov.ba
3. Od:	
a) Ime i prezime	
b) Organizacija	
c) Adresa	
d) Telefon	
e) FAX	
f) E-mail	
4. Predmet:	Zahtjev za MEZP
5. Datum/vrijeme poruke:	
6. Opis povrede/bolesti:	
a) Podaci o povrijeđenoj osobi/osobama i status u odnosu na MO BiH i OS BiH	
b) Podaci o pratiocima	
c) Potreba za posebnim uslovima transporta ¹	
d) Mjesto upućivanja povrijeđene osobe/osoba i ko ga/ih prihvata	
e) lice boluje od zarazne bolesti	“DA” _____ “NE” _____
7. Koordinacija:	
a) Vrijeme i mjesto ukrcavanja	
b) Vrijeme i mjesto iskrcavanja	
c) Meteorološki uslovi ²	
d) Lice odgovorno za koordinaciju priprema	Ime i prezime _____ Tel.: _____ FAX: _____ E-mail: _____
8. Troškove prijevoza snosi:	a) Ministarstvo odbrane BiH b) Nadležna zdravstvena ustanova-tražilac usluge c) Civilna osoba-pacijent ili porodica
9. Saglasnost za MEZP:³	DA: ime i prezime ljekara zdravstvene ustanove: _____ NE: _____
10. Sastav i jačina medicinske pratnje iz zdravstvene ustanove/a⁴	DA: ime i prezime članova medicinske pratnje ustanove: _____ NE: _____
11. Ostalo:	

Podnosilac Zahtjeva

¹ Da li je lice pokretno ili na nosilima, odnosno u kolicima, da li je potrebna dodatna medicinska oprema za njegu i slično.² Kraći opis meteoroloških uslova na mjestu ukrcavanja/iskrcavanja³ Stavljanjem potpisa na Zahtjev za MEZP podnosilac Zahtjeva potvrđuje da postoji saglasnost nadležnog ljekara zdravstvene ustanove da se povrijeđena ili oboljela osoba/osobe može/mogu transportovati vojnim zrakoplovom⁴ Navedena lica će od ispred zdravstvene ustanove/a vršiti medicinsko zbrinjavanje pacijenta tokom leta do predaje istog drugoj nadležnoj medicinskoj ustanovi

PRIHVAT ZAHTJEVA ZA MEDICINSKU EVAKUACIJU ZRAČNIM PUTEM (MEZP)

1. Za:	
2. Nadležna institucija/ustanova	
a) Ime i prezime	
b) Organizacija	
c) Adresa	
d) Telefon	
e) FAX	
f) E-mail	
3. Operativni centar:	OČK2IO BiH
a) Ime i prezime	Operativni dežurni tim ZŠ OS BiH
b) Organizacija	ZŠ OS BiH
c) Telefon	033/285-907
d) FAX	033/285-916
e) E-mail	ock2iobih@js.mod.gov.ba
4. Predmet:	Prihvatanje zahtjeva za MEZP
5. Datum/vrijeme poruke:	
6. Opis povrede/bolesti:	
a) Podaci o povrijeđenoj osobi/osobama i status u odnosu na MO BiH i OS BiH	
b) Podaci o pratiocima	
c) Potreba za posebnim uslovima transporta ⁵	
d) Mjesto upućivanja povrijeđene osobe/osoba i ko ga/ih prihvata	
e) lice boluje od zarazne bolesti	“DA” _____ “NE” _____
7. Koordinacija:	
a) Vrijeme i mjesto ukrcavanja	
b) Vrijeme i mjesto iskrcavanja	
c) Meteorološki uslovi ⁶	
d) Lice odgovorno za koordinaciju priprema	Ime i prezime _____ Tel.: _____ FAX: _____ E-mail: _____
8. Troškove prijevoza snosi:	a) Ministarstvo odbrane BiH b) Nadležna zdravstvena ustanova-tražilac usluge c) Civilna osoba-pacijent ili porodica
9. Saglasnost za MEZP: ⁷	DA: ime i prezime ljekara zdravstvene ustanove: _____ NE: _____
10. Sastav i jačina medicinske pratnje iz zdravstvene ustanove/a ⁸	DA: ime i prezime članova medicinske pratnje ustanove: _____ NE: _____
11. Ostalo:	

Ministar odbrane

⁵Da li je lice pokretno ili na nosilima, odnosno u kolicima, da li je potrebna dodatna medicinska oprema za njegu i sl.⁶Kraći opis meteoroloških uslova na mjestu ukrcavanja/iskrcavanja⁷Stavljanjem potpisa na Zahtjev za MEZP podnosilac Zahtjeva potvrđuje da postoji saglasnost nadležnog ljekara zdravstvene ustanove da se povrijeđena ili oboljela osoba/osobe može/mogu transportovati vojnim zrakoplovom⁸Navedena lica će od ispred zdravstvenih ustanova vršiti medicinsko zbrinjavanje pacijenta tokom leta do predaje istog drugoj nadležnoj medicinskoj ustanovi