

ИЗЈАВА о избору/промјени доктора на примарном нивоу здравствене заштите

Име и презиме: _____

Јединствени матични број ЈМБ

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Број личне карте

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Адреса: _____

Број телефона: _____

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Пословница/експозитура _____

Датум:

--	--	--	--	--	--	--	--

дан мјесец година

М. П.

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ У ТИМУ ПОРОДИЧНЕ МЕДИЦИНЕ

Име и презиме доктора медицине у тиму породичне медицине

Разлог избора/промјене – шифра

--	--

Датум:

--	--	--	--	--	--	--	--

дан мјесец година

потпис подносиоца изјаве

Здравствена установа/амбуланта

ТПМ – шифра

--	--	--	--	--

Одбијам

--

Разлог одбијања – шифра

--	--

 *

потпис или факсимил доктора медицине у тиму породичне медицине

М. П.

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ ПЕДИЈАТРИЈЕ

Име и презиме доктора медицине специјалисте педијатрије Датум: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> <td style="width: 15px; height: 20px;"></td> </tr> </table> дан мјесец година									Здравствена установа/амбуланта Шифра доктора медицине специјалисте педијатрије <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Одбијам <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 30px; height: 30px; margin: 0 10px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Разлог одбијања – шифра <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> *							
потпис законског заступника	потпис или факсимил доктора медицине специјалисте педијатрије															

ПОДАЦИ О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ СПЕЦИЈАЛИСТИ ГИНЕКОЛОГИЈЕ И АКУШЕРСТВА

Име и презиме доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства Датум: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 150px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> дан мјесец година									Здравствена установа/амбуланта Шифра доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> Одбијам ☐ Разлог одбијања – шифра <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 30px;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> *							
потпис осигураног лица	потпис или факсимил доктора медицине специјалисте гинекологије и акушерства															

Шифра разлога	Назив разлога избора/промјене доктора на примарном нивоу здравствене заштите
01	Први избор – новорођени
02	Први избор – неопредијељена осигурана лица
03	Промијена у текућој години за наредну годину (у периоду од 1. септембра до 31. октобра)
04	Промијена у току године – промијена мјеста пребивалишта
05	Промијена у току године – ако изабрани доктор престане радити у уговорној здравственој установи
06	Промијена у току године – ако изабрани доктор промијени сједиште амбуланте
07	Промијена у току године – ако изабрани доктор одсуствује са рада непрекидно дуже од шест мјесеци
10	Промијена у току године – на основу изјаве осигураног лица да је код изабраног доктора евидентиран без свог знања
11	Промијена у току године – због поремећених међусобних односа
14	Промијена у току године - раскид уговора између здравствене установе и Фонда
12*	Ако број регистрованих осигураних лица прелази максималан број утврђен стандардима и нормативима

Изјава се испуњава у потребном броју примјерака

ПРИЛОГ 2

ПРИЈЕДЛОГ ЗА ДОДЈЕЛУ ШИФРЕ ИЛИ ОВЛАШЋЕЊА / ИЗМЈЕНА ПОДАТАКА О ДОКТОРУ МЕДИЦИНЕ/СТОМАТОЛОГИЈЕ
КОЈЕМ ЈЕ ДОДИЈЕЉЕНА ШИФРА ИЛИ ОВЛАШЋЕЊЕ / ОДУЗИМАЊЕ ШИФРЕ ИЛИ ОВЛАШЋЕЊА

Назив подносиоца приједлога/здравствене установе	
Адреса и контакт телефон подносиоца приједлога/здравствене установе	
Име и презиме контакт особе	
Број и датум приједлога	
Садржај приједлога	☐ додјела шифре ☐ додјела овлашћења ☐ измјена података о доктору медицине/стоматологије којем је додијељена шифра и/или овлашћење ☐ одузимање шифре и/или овлашћења

Име и презиме доктора медицине/стоматологије	
Датум и година рођења доктора медицине/стоматологије	
Јединствени матични број доктора медицине/стоматологије	

ABO

Rh

Индиректни Coombs тест: _____

Даљи тестови у погледу ABO и Rh имунизације:

Анти D профилакса..... ☐ не – ☐ да:

Датум: _____

Алергије: _____

(мајке и оца дјетета)

1. Шећерна болест..... ☐ не - ☐ да
2. Урођене мане и наследне болести ☐ не - ☐ да
3. Сметње у менталном здрављу..... ☐ не - ☐ да
4. Близанци, тројке итд. ☐ не - ☐ да

Навести остало (тјелесна оштећења, алкохолизам, остала хронична обољења, развојне тешкоће, ноћно мокрење, грчеви код дјеце итд):

3

(prije trudnoće)

Урођене мане и касније стечена оштећења.....	☐ не	☐ да
Дијабетес мелитус.....	☐ не	☐ да
Болест штитњаче и остале ендокрине болести.....	☐ не	☐ да
Висок артеријски притисак.....	☐ не	☐ да
Болести срца и крвних судова.....	☐ не	☐ да
Болести органа за дисање.....	☐ не	☐ да
Упала мокраћног система.....	☐ не	☐ да
Остала обољења бубрега.....	☐ не	☐ да
Епилепсија.....	☐ не	☐ да
Сметње у менталном здрављу.....	☐ не	☐ да
Неуролошке сметње.....	☐ не	☐ да
Алергије.....	☐ не	☐ да
Склоност крварењу.....	☐ не	☐ да
Склоност тромбози.....	☐ не	☐ да
Хепатитис:.....	☐ не	☐ да
NIV.....	☐ не	☐ да
Стално и често узимање лијекова.....	☐ не	☐ да
Операције.....	☐ не	☐ да
Пушење.....	☐ не	☐ да
Урођене аномалије гениталних органа.....	☐ не	☐ да
Упала роднице и цервикса.....	☐ не	☐ да
Остале болести (TBC, полне болести, остало).....	☐ не	☐ да
Навести остало:		

Контрацепција: ☐ не – ☐ да
Ако је одговор да, навести каква:

Гинеколошке операције:..... ☐ не – ☐ да
Навести остало:

Менарха: _____ год. Циклус: _____

Παπανικολάου:

4

Трудноћа по реду	Исход трудноће	Датум	Трајање трудноће (недеља)	Пол м/ж	Порођајна тежина (g) Порођајна дужина (cm)	Начин порођаја
------------------	----------------	-------	---------------------------	---------	---	----------------

1. $XK - M - Aa - As$ _____
2. $XK - M - Aa - As$ _____
3. $XK - M - Aa - As$ _____
4. $XK - M - Aa - As$ _____
5. $XK - M - Aa - As$ _____
6. $XK - M - Aa - As$ _____
7. $XK - M - Aa - As$ _____

Легенда: Ж- живорођено, М - мртворођено, Аа - *Abortus artificialis*, Ас - *Abortus spontaneus* (Заокружити одговарајуће)

5

Општи налази: _____
(датум) (недјеља трудноће)

ВИСИНА МАЈКЕ: _____ cm

ТЕЖИНА МАЈКЕ (прије трудноће): _____ kg

Датум	Недеља труднице (аменореја)	Висина Фундуса FS (cm)	KЧС	ТА	Урин (албумини, глукоза)	Едеми (нема, претиб., генерал.)	Техина (приста у kg)
-------	--------------------------------	---------------------------------	-----	----	--------------------------------	--	----------------------------

Компликације – дијагноза: _____

6

УЗВ ПРЕГЛЕД

З.М.		Т.П.	
Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:	

I ТРИМЕСТАР

CRL	BPD	NT	KЧС	УЗВ гест. доб:
Носна кост:		присутна (+) одсутна (-) недефинисано		
Близначна трудноћа:		Број фетуса:		
Постељица:				
Пупчаник (број краних судова):				

ТРУДНИЧКЕ КОНТРОЛЕ

Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:	EFW	
BPD	HC	OFD	AC	FL
KЧС	Покрети	AFI	CL	Потпис

7

Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:	EFW	
BPD	HC	OFD	AC	FL
KЧС	Покрети	AFI	CL	Потпис

Датум:	Гест. доб:	УЗВ гест. доб:	EFW	
BPD	HC	OFD	AC	FL
KЧС	Покрети	AFI	CL	Потпис

Постељица: _____

Допунске примједбе: _____

Потпис надлежног доктора медицине и печат здравствене установе: _____

8

ПРИЛОГ 4

ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА
РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ

Филијала _____
Пословница/експозитура _____
Датум: _____
Основ осигурања: 81 ИНО стварни трошак

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА КОРИСТИ СЕ ПО ОСНОВУ УГОВОРА О СОЦИЈАЛНОМ ОСИГУРАЊУ СА

БОЛЕСНИЧКИ ЛИСТ БРОЈ: _____

За период од _____ до _____

Евиденцијски број иностраног осигураника у Републици Српској:	
---	--

Име и презиме: _____

Датум рођења: _____

Стално настањен (адреса у иностранству): _____

са привременим боравком у (адреса у Републици Српској): _____

има право коришћења:

- | | | |
|--------------------------|---|-----|
| ☐ | хитне/неопходне здравствене заштите | (1) |
| ☐ | одобрен наставак лијечења због пуне здравствене заштите ради: | (2) |
| ☐ | медицинска средства вриједности веће од 300 КМ | (3) |
| ☐ | медицинске рехабилитације | (4) |

на основу потврде _____ од _____

коју је издао инострани носилац осигурања (назив): _____

а која је похрањена при овој пословници–експозитури.

НАПОМЕНЕ:

- (1) Хитне/неопходне здравствене услуге које се не могу одгодити, а да живот и здравље лица не буду угрожени до планираног повратка у државу осигурања.
- (2) Здравствена заштита у обиму који се осигурава осигураним лицима Фонда здравственог осигурања Републике Српске.

(3) За медицинска средства вриједности веће од 300 КМ неопходно је преко Фонда здравственог осигурања Републике Српске тражити сагласност иностраног носиоца осигурања.

(4) За лијечење у уговореним специјализованим установама за медицинску рехабилитацију неопходно је преко Фонда здравственог осигурања Републике Српске тражити сагласност иностраног носиоца осигурања.

УПУТСТВА:

I Уговорна јавна здравствена установа ће осигуранику на основу овог болесничког листа пружити здравствену заштиту у означеном обиму и то: примарну здравствену заштиту, специјалистичко-консултативну здравствену заштиту, болничку здравствену заштиту и лијекове са Листе лијекова који се издају на рецепт.

II Здравствена заштита по основу овог болесничког листа може се користити само за период наведен у овом болесничком листу, у сваком мјесту на подручју Републике Српске.

III У случају болничког лијечења потребно је одмах обавијестити пословну јединицу Фонда здравственог осигурања Републике Српске која је издала болеснички лист, ради упућивања обавјештења иностраном носиоцу здравственог осигурања.

IV У случају привремене спријечености за рад потребно је одмах обавијестити пословну јединицу Фонда здравственог осигурања Републике Српске која је издала болеснички лист и доставити налаз и мишљење којим се утврђује привремена спријеченост за рад, ради упућивања обавјештења иностраном носиоцу здравственог осигурања који је искључиво надлежан за одобравање привремене спријечености за рад.

V Ако је иностраном осигуранику за вријеме привременог боравка у Републици Српској потребан већи обим здравствене заштите од одобреног права на хитне/неопходне услуге здравствене заштите, Фонд здравственог осигурања Републике Српске, на основу медицинске документације и предрачуна, на двојезичном утврђеном обрасцу обавјештава надлежног носиоца осигурања, те ако надлежни носилац утврди оправданост за већи обим здравствене заштите, издаје образац проширеног права, на основу којег Фонд здравственог осигурања Републике Српске издаје нови болеснички лист са већим правом.

М. П.

Потпис овлашћеног лица

ПРИЛОГ 5

Број потврде: _____

Датум издавања потврде:

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Филијала:

Пословница/експозитура:

ПОТВРДА О ЗДРАВСТВЕНОЈ ЗАШТИТИ ЗА ОСИГУРАНИКЕ ТОКОМ ПРИВРЕМЕНОГ БОРАВКА У РЕПУБЛИЦИ СРПскоЈ

Подаци о носиоцу осигурања

Евиденцијски број:

Име и презиме:

Датум рођења:

Адреса боравка:

Потврда се издаје ради коришћења права из здравственог осигурања током привременог боравка у Републици Српској.

Датум важења потврде:

од _____

до _____

Овом потврдом се даје право на **пун обим здравствене заштите** на период назначен изнад.

М. П.

Потпис овлашћеног лица

Напомена:

Потврда се издаје корисницима пензија или сразмјерног дијела пензије Фонда ПИО РС са пребивалиштем у иностранству за вријеме привременог боравка у Републици Српској који не може бити дужи од 30 дана у години.

Осигураник је дужан предочити потврду приликом коришћења здравствених услуга у здравственој установи у Републици Српској за којом Фонд здравственог осигурања Републике Српске има закључен уговор.