Republika Crna Gora

Republički fond za zdravstveno osiguranje

ZDRAVSTVENA KNJIŽICA

Republika Crna Gora
Republički fond za zdravstveno osiguranje

Bar kod:

Br. knjižice: _____

Mjesto: _____

Datum izdavanja: _____

Ovjera

MP

Ime:_____

Ime roditelja: _____

Prezime: _____

Datum rođenja:_____

Adresa stanovanja: _____

_____

1. nosilac osiguranja ..... ☐
2. član porodice..... ☐

1. zaposleni ..... ☐
2. penzioneri ..... ☐
3. nezaposleni ..... ☐
4. poljoprivrednici..... ☐
5. ostali ..... ☐

PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Naziv: _____
Adresa:_____
Broj:_____
M.P.

Naziv: _____
Adresa:_____
Broj:_____
M.P.

Naziv: _____
Adresa:_____
Broj:_____
M.P.

PODACI O OBVEZNIKU UPLATE DOPRINOSA

Naziv: _____
Adresa: _____
Broj: _____
M.P.

Naziv: _____
Adresa: _____
Broj: _____
M.P.

Naziv: _____
Adresa: _____
Broj: _____
M.P.

PODACI O OVJERI

Važi do:_____ Potpis:_____ MP	Važi do:_____ Potpis:_____ MP
Važi do:_____ Potpis:_____ MP	Važi do:_____ Potpis:_____ MP
Važi do:_____ Potpis:_____ MP	Važi do:_____ Potpis:_____ MP
Važi do:_____ Potpis:_____ MP	Važi do:_____ Potpis:_____ MP

PODACI O OVJERI	
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP

PODACI O OVJERI	
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP

PODACI O OVJERI	
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP

PODACI O OVJERI	
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP
Važi do: _____ Potpis: _____ MP	Važi do: _____ Potpis: _____ MP

Rubrike sa podacima o brojevima kartona-ambulantama, ljekarskim komisijama	
Izabrani doktor	
Izabrani doktor - stomatolog	
Izabrani doktor - ginekolog	
Centar za podršku	
Centar za podršku	
Centar za podršku	
Ljekarska komisija Fonda	

PODACI O OBAVLJENOJ IMUNIZACIJI		
Vakcina	Datum imunizacije	Broj serije

PODACI O OBAVLJENOJ IMUNIZACIJI

Vakcina	Datum imunizacije	Broj serije

UPOZORENJE O ALERGIJAMA

Krvna grupa

OBAVJEŠTENJE

1. Zdravstvena knjižica se izdaje licu kome je prethodno utvrđeno svojstvo osiguranika Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.

2. Osigurano lice je dužno da zdravstvenu knjižicu koristi uz ličnu ispravu.

3. Ovjeru zdravstvene knjižice vrši područna jedinica Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje uz prilaganje potrebnih dokaza.

4. Zdravstvena ustanova pružiće zdravstvenu zaštitu osiguranom licu na osnovu ovjerene zdravstvene knjižice i uz ličnu ispravu osim ako se radi o hitnom slučaju.

5. Troškove zdravstvene zaštite koji su nastali zloupotrebom zdravstvene knjižice snosi samo osigurano lice.

6. U slučaju izmjene podataka iz knjižice na osnovu kojih mu je priznato svojstvo osiguranog lica, osigurano lice je dužno da iste pri javi područnoj jedinici – kancelariji Republičkog fonda za zdravstveno osiguranje.