



DZ _____

Broj zdrav. kartona _____

Organizaciona jedinica _____

NALAZ I MIŠLJENJE IZABRANOG DOKTORA

Prezime i ime osiguranika	Godina rođenja	JMBG											
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _											
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice											
		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _											

UZROK PIVREMENE SPRIJEČENOSTI ZA RAD:

1. Bolest	1-a Povreda	2. Stavljani pod zdravstv. nadzor ili se nad njima sprovodi karantin	3. Izolovani kao kliconoše ili zbog pojave zaraze u domaćinstvu	4. Njega oboljelog člana uže porodice do 15 godina
4-a Njega oboljelog člana uže porodice preko 15 godina	4. Dobrovoljno davanje krvi, organa, tkiva i ćelija	5. Pratilac oboljelog lica upućenog na liječenje u drugo mjesto	6. Profesionalna bolest	7. Povreda na radu
8. Održavanje trudnoće (liječenje prijetećeg abortusa)				

_ _ _ _	.	_ _
Šifra dijagnoze		

DIJAGNOZA BOLESTI:

ANAMNEZA BOLESTI:

RADNA ANAMNEZA:

DIJAGNOSTIČKI MINIMUM:

Privremena spriječenost za rad: od..... do – SPOSOBAN ZA RAD

Uputstvo osiguraniku, preporuka o korišćenju privremene spriječenosti za rad, pribavljanje medicinskog izvještaja i dr.:

UPUĆUJE se na Prvostepenu ljekarsku komisiju radi ocjene dalje privremene spriječenosti za rad.

NE UPUĆUJE se na Prvostepenu ljekarsku komisiju radi ocjene dalje privremene spriječenosti za rad.

(M.P.)

U

Datum

.....
Izabrani doktor – potpis i faksimil

NAPOMENA: Ukoliko osiguranik nije zadovoljan odobrenom privremenom spriječenosti za rad, može zahtijevati da potrebu za daljom privremenom spriječenosti za rad cijeni Prvostepena ljekarska komisija, najdalje u roku od tri dana od dana neodobranja odnosno zaključivanja privremene spriječenosti za rad.