



.....
Ime i prezime podnosioca zahtjeva

.....
Adresa

.....
Kontakt telefon

.....
Potpis

Ispunjava referent za medicinske poslove i ortopedska pomagala

1. Originalni prijedlog za banjsko liječenje
2. Kopija otpusnog pisma ili nalaza (datum) 2 0
3. Prijava IDEEA (CIPS)
4. Koji put se upućuje na produženo bolničko liječenje (ukupan broj)
5. Koji put se upućuje na produženo bolničko liječenje u tekućoj godini (ukupan broj)
6. Broj realizovanih odobrenja na produženo bolničko liječenje u tekućoj godini
7. Stacionarno produženo bolničko liječenje
8. Ambulantno produženo bolničko liječenje
9. Broj predloženih dana trajanja produženog bolničkog liječenja

Sarajevo, . . 2 0

Saglasnost ovlaštenog doktora (potpis) DA NE

Napomena

Popunjavanje rukovodilac službe za medicinske poslove

Broj odobrenih dana produženog bolničkog liječenja

Pratnja

DA NE

Osiguranik se upućuje na banjsko liječenje kod ugovornog subjekta: _____

Rukovodioc službe za medicinske poslove

Datum unosa _____

Banja _____

Odobreno dana ... _____

Pratnja _____

Obaviješteno _____

Direktor ZZO KS

Napomena: Potpisivanjem ovog dokumenta osiguranik/korisnik odobrene medicinske rehabilitacije potvrđuje da je upoznat o obavezi kontaktiranja zdravstvene ustanove u kojoj će se rehabilitacija realizirati u roku od 15 dana od dana preuzimanja odobrenog prijedloga radi utvrđivanja termina.

U Sarajevu, _____

Preuzeo/la obrazac _____