

ИЗВЈЕШТАЈ О ТРАЈАЊУ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД
ЗА МЈЕСЕЦ _____, ГОДИНЕ

ПОДАЦИ О ЗДРАВСТВЕНОЈ УСТАНОВИ

Назив и шифра здравствене установе	
Шифра доктора медицине у тиму породичне медицине	

ПОДАЦИ О УПЛАТИОЦУ ДОПРИНОСА

Назив уплатиоца доприноса	
ЛИБ уплатиоца доприноса	

ПОДАЦИ О ОСИГУРАНИКУ

Презиме и име	ЈМБ осигураника
Адреса стана, мјесто, улица и број	Број картона
Пол <input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж	

ПОДАЦИ О ТРАЈАЊУ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

Први дан привремене спријечености за рад	Последњи дан привремене спријечености за рад
Спријечен за рад у периоду од _____ до _____	

ИЗВЈЕШТАЈ ЗА ПРИВРЕМЕНУ СПРИЈЕЧЕНОСТ ЗА РАД ПРЕКО 30 ДАНА ИЗДАЈЕ СЕ НА ОСНОВУ

<input type="checkbox"/> Налаза, оцјене и мишљења Првостепене / Другостепене комисије за оцјену привремене спријечености за рад	<input type="checkbox"/> Потврде или отпусног писма о болничком лијечењу
Број надлежне комисије _____	Први дан болничког лијечења _____
Датум засједања комисије _____	Последњи дан болничког лијечења _____

РАЗЛОГ ПРИВРЕМЕНЕ СПРИЈЕЧЕНОСТИ ЗА РАД

1. Болест	2. Малигна болест	3. Медицинско испитивање	4. Болест или компликација у вези са одржавањем трудноће	5. Њега обољелог члана уже породице – дјетета млађег од 15 година
6. Њега обољелог члана уже породице старијег од 15 година	7. Њега дјетета обољелог од малигне болести или пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од малигне болести	8. Пратња за вријеме болничког лијечења дјетета обољелог од немалигне болести	9. Њега обољелог члана уже породице због тешког оштећења здравственог стања – до четири мјесеца током календарске године	10. Повреда ван рада
11. Мјера обавезне изолације као клицоноше	12. Мјера обавезне изолације због појаве заразе у околини	13. Добровољно давање органа, ткива или ћелија	14. Повреда на раду	15. Професионална болест
Да ли је повреда узрокована употребом моторног возила <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕ <input type="checkbox"/>				

Мјесто: _____	Потпис доктора медицине у тиму породичне медицине
Датум: _____ 20 ____ год.
М. П.	

Сви подаци који се уносе у овај документ се користе искључиво у сврху остварења права прописаног Законом о обавезном здравственом осигурању и у друге сврхе се не смију користити.