

**П Р И Ј Е Д Л О Г
ЗА ОБЕЗБЈЕЂИВАЊЕ МЕДИЦИНСКЕ РЕХАБИЛИТАЦИЈЕ**

Презиме и име осигураног лица: _____ ;
 ЈМБ: _____ ; ЈИБ уплатиоца доприноса: _____ ;
 Адреса стана (мјесто, улица и број): _____ ;
 Број телефона осигураног лица: _____ ;

Дијагноза и шифра болести: _____ ;
 _____ ;
 Специјализована здравствена установа или давалац здравствене услуге из дјелатности физикалне медицине и рехабилитације у Републици Српској код којег се предлаже спровођење прве медицинске рехабилитације:
 _____ ;
 Специјализована здравствена установа у којој се предлаже продужење или обнова медицинске рехабилитације:
 _____ ;
 Приједлог дужине трајања медицинске рехабилитације:
 _____ ;
 Потребна пратња другог лица (заокружити): ДА НЕ
 Образложење приједлога за спровођење медицинске рехабилитације:

 _____ ;

Медицинску рехабилитацију предлаже: _____

Контакт телефон установе: _____ Датум: _____

Доктор медицине специјалиста

М. П.

или

2. Специјализована здравствена установа
 која спроводи рехабилитацију
 (*у случају продужавања одобрене медицинске рехабилитације)

М. П.

Доктор медицине специјалиста