

USTANOVA _____

datum transporta _____

VID OSIGURANJA _____

OSNOV OSIGURANJA _____

ŠIFRA PARTICIPACIJE _____

SLUŽBI ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Potrebno je da se bolesnik _____ JMBG _____

Broj zdravstvene knjižice _____ Adresa _____

Filijala zdr.osiguranja _____ Ispostava _____

srodstvo _____ osiguranika _____

naziv preduzeća _____ reg.broj _____

prevoze od _____ do _____

ŠIFRA DIJAGNOZE (po MKB) _____ Medicinska pratnja _____

Napomena za pratioca (položaj bol.,moguće komplikacije,terapija) _____

MP

Lekar

Participacija ili transport naplaćen _____ din.Br.priznanice _____

USTANOVA _____

datum transporta _____

VID OSIGURANJA _____

OSNOV OSIGURANJA _____

ŠIFRA PARTICIPACIJE _____

SLUŽBI ZA HITNU MEDICINSKU POMOĆ

Potrebno je da se bolesnik _____ JMBG _____

Broj zdravstvene knjižice _____ Adresa _____

Filijala zdr.osiguranja _____ Ispostava _____

srodstvo _____ osiguranika _____

naziv preduzeća _____ reg.broj _____

prevoze od _____ do _____

ŠIFRA DIJAGNOZE (po MKB) _____ Medicinska pratnja _____

Napomena za pratioca (položaj bol.,moguće komplikacije,terapija) _____

MP

Lekar

Participacija ili transport naplaćen _____ din.Br.priznanice _____