

\_\_\_\_\_

(здравствена установа)

\_\_\_\_\_

(место)

\_\_\_\_\_

(број и датум)

**ИЗВЕШТАЈ**  
**О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ**

1. ПОТВРЂУЈЕМО ДА ЈЕ осигураном лицу \_\_\_\_\_,  
 \_\_\_\_\_ (име и презиме)  
 из \_\_\_\_\_, ЛБО I I I I I I I I I I I,  
 \_\_\_\_\_ (место и адреса)  
 матична филијала осигураног лица \_\_\_\_\_.  
 \_\_\_\_\_ (назив матичне филијале)

1.1. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО ПРОПИСАНОГ СТАНДАРДА, КОЈЕ ЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО

\_\_\_\_\_  
 (назив и шифра помагала)

1.2. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО ВЕЋЕГ СТАНДАРДА ОД ПРОПИСАНОГ, КОЈЕ ЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО

\_\_\_\_\_  
 (назив помагала)

\*заокружити одговарајући број

2. ИСПОРУЧЕНО МЕДИЦИНСКО-ТЕХНИЧКО ПОМАГАЛО НИЈЕ ФУНКЦИОНАЛНО ИЗ СЛЕДЕЋИХ РАЗЛОГА:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. ПРОВЕРА ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ИЗВРШЕНА ДАНА I \_ I \_ II \_ I \_ II \_ I \_ I \_ I \_ I.

Овај извештај попуњава се у три примерка. Један примерак здравствена установа доставља матичној филијали осигураног лица у року од три дана од дана извршене провере функционалности испорученог помагала, а два примерка уручују се осигураном лицу који један предаје испоручиоцу.

М.П.

\_\_\_\_\_  
 (потпис и факсимил лекара специјалисте)

\_\_\_\_\_  
 (потпис и факсимил лекара специјалисте)

\_\_\_\_\_  
 (потпис и факсимил лекара специјалисте)

НАПОМЕНА: Помагало је функционално јер: служи за функционалну и естетску замену изгубљених делова тела, односно за омогућавање ослонца, који спречава настанак деформитета и коригује постојећи деформитет; олакшава вршење основних животних функција; одговарајућег је стандарда у складу са Правилником о медицинско-техничким помагалима која се обезбеђују из средстава обавезног здравственог осигурања и исправно је, односно испоручено је помагало већег стандарда од прописаног и исправно је; осигурано лице је корисник помагала.