
 (здравствена установа)

 (место)

 (број и датум)

**ИЗВЕШТАЈ
О ПРОВЕРИ ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ПОМАГАЛА**

1. ПОТВРЂУЈЕМ ДА ЈЕ осигураном лицу _____,
 (име и презиме)
 који је корисник помагала, из _____,
 (место и адреса)
 ЛБО I I I I I I I I I I I I I I I I,
 матична филијала осигураног лица _____
 (назив матичне филијале)

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

 (назив и шифра помагала)

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

 (назив помагала)

*заокружити одговарајући број

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

3. ПРОВЕРА ФУНКЦИОНАЛНОСТИ ПОМАГАЛА ИЗВРШЕНА ДАНА I I I I I I I I I I I I I I I I.
 дан месец година

М.П.

 потпис и факсимил
 специјалисте одговарајуће специјалности

НАПОМЕНА:

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.