



**Шифарник специјалности:**

01 интерна медицина	25 патолошка анатомија
02 инфектологија	26 судска медицина
03 педијатрија	27 хигијена
04 пнеумофизиологија	28 епидемиологија
05 неурологија	29 микробиологија са паразитологијом
06 психијатрија	30 социјална медицина
07 дечја неурологија	31 медицина рада
08 дечја психијатрија	32 општа медицина
09 општа хирургија	33 клиничка физиологија
10 дечја хирургија	34 медицина спорта
11 неурохирургија	35 трансфизиологија
12 анестезиологија са реаниматологијом	36 клиничка биохемија
123 медицинска биохемија	37 клиничка фармакологија
13 урологија	38 имунологија
14 ортопедија	39 ургентна медицина
15 пластична и реконструктивна хирургија	40 медицинска статистика и информатика
16 максилнофацијална хирургија	41 неуропсихијатрија
17 гинекологија и акушерство	42 дечја и превентивна стоматологија
18 оториноларингологија	43 болести зуба и ендодонција
19 офталмологија	44 пародонтологија и орална медицина
20 дерматовенерологија	45 ортопедија вилица
21 физикална медицина и рехабилитација	46 стоматолошка протетика
22 радиологија	47 орална хирургија
23 грудна хирургија	48 стоматологија
24 нуклеарна медицина	

**Упутства за подносиоца захтева:**

Сви унети подаци морају бити тачни. За тачност података солидарно одговарају лекар и давалац услуга.

Подносилац је дужан да на захтев Републичког завода / филијале поднесе сва документа којима доказује тачност унетих података.

У пољу 1., ИД број уписује филијала при додели ИД броја. Подносилац уписује ИД број у поље 1. приликом одјаве или промене података у Евиденцији.

Уз захтев за доделу ИД броја, подносилац доставља потписани уговор о коришћењу ИД броја.

Захтев за одјаву ИД броја или промену података у Евиденцији, подноси се у року од три дана од дана настанка разлога за одјаву или промену.

Уз захтев за одјаву ИД броја, подносилац доставља изјаву лекара да је печат украден или изгубљен или записник о уништењу печата.

У случају да је образац непотпун, нејасан или нечитак, филијала враћа сва три примерка подносиоцу ради исправке и допуне. Ако подносилац не врати исправљене примерке захтева, сматраће се да захтев није ни подношен.

Напомена\* У случају крађе или губитка штамбиља, лекар је дужан да одјаву штамбиља изврши одмах.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_  
Испостава \_\_\_\_\_

ОЛК - 1

**-Првостепена лекарска комисија-**

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр, 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. **Сагласна** да се осигурано лице \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: [\_\_\_\_\_] са ДИЈАГНОЗОМ: \_\_\_\_\_  
(МКБ и дијагноза на латинском)

упути на амбулантно-специјалистички преглед у \_\_\_\_\_  
(назив здравствене установе)

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Пратилац у путу: \_\_\_\_\_  
(уписати: потребан /није потребан)

4. Врста превоза: \_\_\_\_\_  
(уписати: аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

**Напомена:** За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.



РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_

Испостава \_\_\_\_\_

ОЛК - 3

-Првостепена лекарска комисија-

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 155. став 1. тачка 7) Закона о здравственом осигурању („Службени гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. Сагласна да се осигурано лице \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_  
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: [ | | | | | | | | | | | | | | ] са ДИЈАГНОЗОМ: \_\_\_\_\_  
(МКБ и дијагноза на латинском)

упути на стационарно лечење у \_\_\_\_\_  
(назив здравствене установе)

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_

3. Пратилац за време стационарног лечења \_\_\_\_\_  
(уписати: потребан/није потребан)

4. Пратилац у путу: \_\_\_\_\_  
(уписати: потребан/није потребан)

5. Врста превоза: \_\_\_\_\_  
(уписати: аутобус или воз-други разред или санитет)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)
2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)
3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

Напомена: За коришћење здравствене заштите осигурано лице плаћа партиципацију у складу са општим актом Републичког завода којим се уређује обим и садржај права на здравствену заштиту и партиципација.









































**Другостепена лекарска комисија**

Број: \_\_\_\_\_  
Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 157. став 1. тачка 2) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, филијале односно послодавца \_\_\_\_\_,

(име и презиме, односно назив)

ЛБО: [\_\_\_\_\_] за испитивање правилности оцене коју је као коначну дала Првостепена лекарска комисија са седиштем у \_\_\_\_\_ број \_\_\_\_\_ од \_\_\_\_\_,

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. **НИЈЕ САГЛАСНА** са оценом Првостепене лекарске комисије. Прихвата се захтев за испитивање правилности оцене Првостепене лекарске комисије.

2. **ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ДОСТАВИТИ:**

1. осигураном лицу
2. првостепеној лекарској комисији
3. матичној филијали
4. послодавцу (само за боловање)

М.П.

**ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:**

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)
2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)
3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

**ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:**

1) Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење, или

2) Ако осигурано лице које прима новчану накнаду по основу незапослености, није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије у вези привремене спречености за рад може захтевати да му Национална служба за запошљавање изда решење.





РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_  
Испостава \_\_\_\_\_

ОЛК - 27

**-Првостепена лекарска комисија-**  
Број: \_\_\_\_\_  
Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ год.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, на основу медицинске документације

даје следећу

## ОЦЕНУ

Осигурано лице \_\_\_\_\_  
(име и презиме)

из \_\_\_\_\_, ЛБО: \_\_\_\_\_,  
(адреса)

лечи се од \_\_\_\_\_  
(навести ознаку из МКБ и дијагнозу болести из члана 22. став 1.  
тачка 5. Закона о здравственом осигурању на латинском)

### ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

М.П.

### ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

**Напомена:** Оцена Првостепене лекарске комисије да се осигурано лице лечи од наведене болести користи се за утврђивање основа за обавезно здравствено осигурање и за оверу здравствене књижице.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ  
ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_  
Испостава \_\_\_\_\_

ОЛК - 28

**-Првостепена лекарска комисија-**

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, \_\_\_\_\_, ЛБО: [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(име и презиме)

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. Осигураном лицу \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_,  
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_, пружена је **хитна здравствена заштита** у \_\_\_\_\_ са којом није закључен уговор.  
(назив приватне праксе)

2. Осигурано лице има право на накнаду трошкова лечења до износа цене пружене здравствене услуге према Ценовнику Републичког завода, за пружену хитну здравствену заштиту у \_\_\_\_\_.  
(назив приватне праксе)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.

РЕПУБЛИЧКИ ЗАВОД ЗА ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ

ФИЛИЈАЛА ЗА \_\_\_\_\_

Испостава \_\_\_\_\_

ОЛК - 29

**-Првостепена лекарска комисија-**

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 155. Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Првостепена лекарска комисија, решавајући по захтеву осигураног лица, \_\_\_\_\_, ЛБО: |\_\_\_\_\_|, \_\_\_\_\_  
(име и презиме)

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. Осигураном лицу \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_,  
(име и презиме) (адреса)

ЛБО: |\_\_\_\_\_|, пружена је хитна здравствена заштита у \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ којом није закључен уговор, **НИЈЕ БИЛА ХИТНА**.  
(назив приватне праксе)

2. Осигурано лице нема право на накнаду трошкова лечења за здравствену заштиту пружену у \_\_\_\_\_.  
(назив приватне праксе)

ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. матичној филијали

ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)
2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)
3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.

ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ: Приговор Другостепеној лекарској комисији Филијале, Ул. \_\_\_\_\_, може се изјавити у року од 3 дана од дана саопштења оцене Првостепене лекарске комисије.







**Другостепена лекарска комисија-**

Број: \_\_\_\_\_

Дана : \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ год.

На основу члана 157. став 1. тачка 3) Закона о здравственом осигурању („Сл. гласник РС“, бр. 107/05 и 109/05-исправка), Другостепена лекарска комисија, решавајући по упуту изабраног лекара, а на основу предлога здравствене установе на терцијарном нивоу у којој се лечи осигурано лице-дете \_\_\_\_\_, ЛБО: [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_,  
(име и презиме)

за продужење права на накнаду зараде осигуранику \_\_\_\_\_  
(име и презиме)

ЛБО: [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_, због неге члана уже породице,

даје следећу

## ОЦЕНУ

1. Осигураник \_\_\_\_\_, ЛБО: [\_\_\_\_\_] \_\_\_\_\_  
(име и презиме)

**НЕМА ПРАВО** на накнаду зараде, због неге члана уже породице, јер нису испуњени услови за продужење исплате накнаде зараде.

2. ОБРАЗЛОЖЕЊЕ ОЦЕНЕ: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

### ДОСТАВИТИ:

1. осигураном лицу
2. изабраном лекару
3. матичној филијали

### ЛЕКАРСКА КОМИСИЈА:

1. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

2. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

3. \_\_\_\_\_  
(потпис и факсимил)

М.П.

**ПОУКА О ПРАВНОМ ЛЕКУ:** Ако осигурано лице није задовољно оценом Другостепене лекарске комисије, може захтевати да му Филијала изда решење.

