

РЕПУБЛИКА СРБИЈА  
ЗАШТИТНИК ГРАЂАНА  
Београд

ДОМ ЗДРАВЉА „ВОЖДОВАЦ“  
Број: 1385  
Датум: 20. април 2011. године  
Београд, Криволачка 4-6

Примљено:	20 APR 2011		
О.јед.сектор:		Примлог:	
1	7	33	8179

J. TABACI

Република Србија  
ЗАШТИТНИК ГРАЂАНА  
Г-дин Саша Јанковић  
11000 Београд  
Делиградска 16

**ПРЕДМЕТ:** Обавештење о поступању Дома здравља „Вождовац“ по Препоруци IV Заштитника Грађана бр. 17-33/11, дел. Бр. 2402 од 08.02.2011. године

Поштовани,

Дом здравља „Вождовац“, Београд, Криволачка 4-6, Вас овим путем обавештава о предузетим активностима поводом Препоруке IV дате од стране Заштитника грађана бр. 17-33/11, дел. Бр. 2402 од 08.02.2011. године.

#### Препорука IV

Директорка Дома здравља „Вождовац“ Прим.мр сци.мед.др Драгана Налић, на седници Стручног колегијума је упознала начелнике служби са Препорукама Заштитника Грађана бр. 17-33/11, дел. Бр. 2402 од 08.02.2011. године, које је Дом здравља добио дана 09.02.2011. године.

На основу добијене Препоруке од стране Заштитника Грађана од 08.02.2011. године директорка је дала писмено Упутство свим организационим јединицама у које се врше дијагностички прегледи - лабораторијске анализе, рендген прегледи и ултразвучни прегледи, којим је запосленима указала на обавезу пружања усменог обавештења пацијентима о њиховим правима за случај да се индикована медицинска услуга не може извршити одмах по јављању или најкасније у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом, уколико преглед није хитан.

Посебно ће пацијентима, у ситуацији да се не може обавити преглед одмах по јављању или у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан, **издати потврда** од стране овлашћеног лица Дома здравља са разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед.

ДОКАЗ: - Писмено Упутство  
- Овлашћење о издавању Потврде

Имајући у виду наведено Дом здравља „Вождовац“ је у свему поступио по Препоруци IV.


Уједно Вас обавештавамо да је Дом здравља „Вождовац“ поступио у свему по Препорукама Заштитника Грађана бр. 17-33/11, дел. Бр. 2402 од 08.02.2011. године.

С поштовањем,

Прилог:

- Писмено Упутство, дел.бр. 824 од 10.03.2011. године,
- Овлашћење дел.бр.824/1 од 10.03.2011. године

ДОМ ЗДРАВЉА „ВОЖДОВАЦ“  
Директор  
Прим. др сци.мед.др Драгана Налић



ДОМ ЗДРАВЉА „ВОЖДОВАЦ“

Број: 824

Датум: 10.03.2011


Београд, Криволачка 4-6

## УПУТСТВО

На основу Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Сл.гласник РС“ бр. 10/2010, 18/200 испр. и 46/2010) осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом уколико преглед није хитан издатим од стране изабраног лекара, у службама у којима се врше дијагностички прегледи (лабораторијске анализе, рендген прегледи, ултразвучни прегледи) медицинску рехабилитацију и специјалистичко-консултативне прегледе, потребно је пацијенту издати писмену потврду са разлозима због којих осигурано лице није примљено на преглед.

Потврда ће се издавати од стране овлашћеног лица Јулије Митић, дипл.правник, запослене у Дому здравља „Вождовац“, трећи спрат, соба 128.

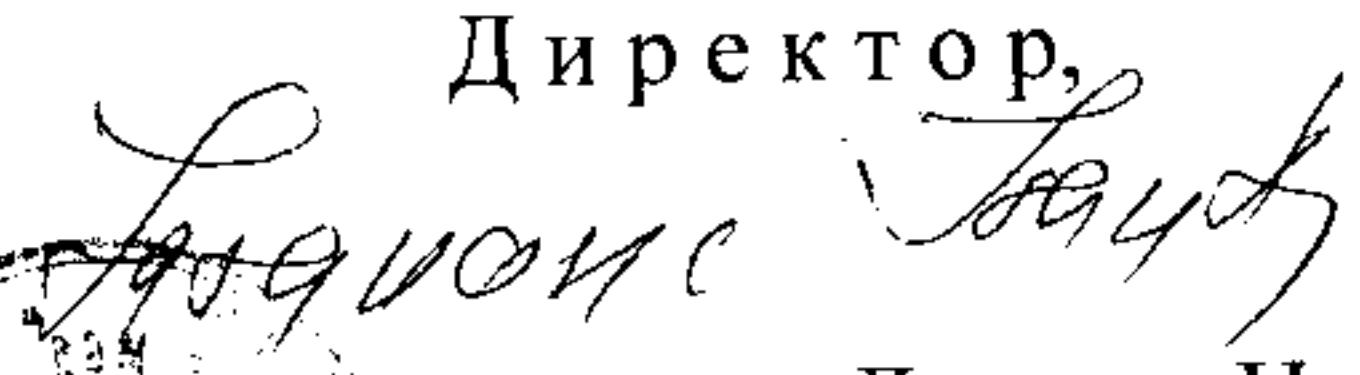
ДОМ ЗДРАВЉА „ВОЖДОВАЦ“  
Директор  
*Јулија Митић*  
Прим. мр сци.мед.др Драгана Налић



## О В Л А Ш Ћ Е Њ Е

Запослену ЈУЛИЈУ МИТИЋ, дипл.правник, у Дому здравља „ Вождовац“ овлашћујем да издаје Потврде осигураном лицу које не може да буде примљено на заказани преглед у року од 30 дана од дана јављања осигураног лица здравственој установи са лекарским упутом уколико преглед није хитан издатим од стране изабраног лекара, сходно члану 66. и 68. Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Сл.гласник РС“ бр. 10/2010, 18/2010, 46/2010, 52/10 и 80/10).

ДОМ ЗДРАВЉА ВОЖДОВАЦ  
Директор,

  
Прим.др.сци мед.др Драгана Налић

\_\_\_\_\_

(здравствена установа)

Образац ПЗ

\_\_\_\_\_

(место)

\_\_\_\_\_

(број и датум)

## ПОТВРДА

Осигураном лицу \_\_\_\_\_ из \_\_\_\_\_,

(име и презиме) (место)

\_\_\_\_\_, ЛБО \_\_\_\_\_,

(адреса)

број здравствене књижице/потврде \_\_\_\_\_,

здравствена установа \_\_\_\_\_ није могла

(назив здравствене установе)

да пружи здравствену услугу \_\_\_\_\_ у року

(назив здравствене услуге)

од 30 дана од дана јављања са лекарским упутом изабраног лекара из следећих

разлога: \_\_\_\_\_

Потврда се издаје на основу Правилника о начину и поступку остваривања права из обавезног здравственог осигурања („Службени гласник РС“ 10/2010, 18/2010, 46/2010, 52/10 и 80/10).

М.П. \_\_\_\_\_

(потпис директора здравствене установе,  
односно овлашћеног лица)