

PRIJAVA PREKIDA TRUDNOĆE

1. Organizacija udruženog rada u oblasti zdravstva _____

 _____ (naziv i opština) |_|_|_|
2. OOUR _____
 _____ (naziv i opština) |_|_|_|
3. Organizaciona jedinica (Služba - odeljenje)

 _____ (naziv i opština) |_|_|
4. Broj istorije bolesti _____
5. Matični broj osiguranika _____
6. Datum rođenja
 dan _____ mesec _____ godina _____ |_|_|_|_|_|
7. Bračno stanje
 U braku 1
 Van braka 2
8. Zanimanje - posao koji obavlja _____
 _____ |_|_|
9. Nosilac zdravstvenog osiguranja - Nosilac prava iz zdravstvene zaštite
 Radnik u udruženom radu, penzioner
 zemljoradnik, itd. Da 1
 Ne 2
 Vojni osiguranik Da 3
 Ne 4
- 10 Kategorija zdravstvenog osiguranja - Kategorija korisnika zdravstvene zaštite
 Radnici u udruženom radu i sa njima izjednačena lica i članovi njihovih
 porodica 0
 Užiavaoci penzija i članovi njihovih porodica 1
 Ratni vojni invalidi 2
 Zemljoradnici i članovi njihovih porodica 3
 Ostali korisnici zdravstvene zaštite 4
 Članovi porodica privremeno zaposlenih u inostranstvu za koje po međuna-
 rodnim sporazumima i konvencijama inostrani nosioci osiguranja nadoknja-
 duju zdravstvenu zaštitu 5
 Državljanji drugih zemalja, 6
 Neosigurana lica 7

11. Invalid rada Da 1
Ne 2

12. Datum prijema dan _____ mesec _____ godina _____

13. Datum ispisa dan _____ mesec _____

14. Broj žive dece

15. Broj prekida trudnoće

16. Kategorija prekida trudnoće

17. U kojoj sedmici trudnoće je prekid trudnoće izvršen-kompletiran

18. Komplikacije nastale u toku prekida trudnoće

19. Osnovni uzrok smrti _____

U _____ (prezime i ime doktora medicine)

Datum _____ 20 ____ god _____

(potpis doktora medicine)