

Здравствена установа терцијарног нивоа здравствене заштите: _____
 _____ у _____

ПОТВРДА

да је осигурано лице/родитељ-старатељ стекло сва потребна знања о контролисаној кућној самопримени лека из групе фактора коагулације крви

Ја _____, лекар осигураног лица _____
 _____ (име и презиме лекара) _____ (име и презиме осигураног лица)
 рођеног _____ у _____,
 ЈМБГ _____,
 _____ (датум рођења) _____ (место рођења)

ЛБО _____, које болује од урођене хемофилије, потврђујем да је осигурано лице/родитељ-старатељ осигураног лица учествовало у обуци која обихвата сва теоретска и практична знања о контролисаној кућној самопримени лека из групе фактора коагулације крви.

Потврђујем да је осигурано лице/родитељ-старатељ осигураног лица стекло сва потребна знања о контролисаној кућној самопримени лека.

Осигурано лице/родитељ-старатељ осигураног лица је у посебном документу потврдио да је контролисану кућну самопримену лека прихватио по сопственој одлуци, да се упознао са начином препознавања симптома своје болести, могућим компликацијама и одговарајућом самоприменом лека, као и да ће задовољити све потребне услове контролисане кућне самопримене лека.

Ова потврда важи најдуже 6 месеци од дана издавања за осигурана лица до навршених 18 година, односно најдуже 12 месеци за осигурана лица од 18 година и више.

Датум издавања потврде: _____

Потврда важи до: _____

(М.П.)

.....
 Потпис и факсимил овлашћеног
 хематолога/педијатра