HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured | Broj osigurane osobe

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i MB osigurane osobe .....

Grad/naselje | Ulica i broj

Kat. osig. | Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* | Broj evidencije prijave o bolesti

PN | UO

Evidencijski broj i godina primanja OR/PB _____ /200__

Č. 76. Zak. o zdrav. osig. zašt. zdr. na radu* | Broj evidencije prijave o bolesti

OR | PB

N A L O G

za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

DIJAGNOZA: _____ Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

od _____ do _____ tjedno _____ puta

PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO ☐ PLOVILO ☐ SANITETSKO VOZILO I PLOVILO ☐

BOLESNIK LEŽI ☐ SJEDI ☐ NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI ☐

NAPOMENA: _____

_____

_____

M.P.

U _____, _____ 200____. g.

_____

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

HZZO-Direkcija, Zagreb
Nalog_sanitet1, V3/ 25/10/06

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -