**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured

Broj osigurane osobe

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovorenog doktora

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

Kat. olig.

Spol

Dđ. olig.

Broj bolesl. lista INO, broj putovnice, europska kartaZO

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

PN TJO /

Evidencijski broj i godina primanja OR/PB

/200

Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

OR PB /

# PUTNI NALOG

## U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____

naziv zdravstvene ustanove ili ordinacije priv.prakse i mjesto

na:

A* - SPECIJALISTIČKI PREGLED

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

B* - BOLNIČKO LIJEČENJE

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

C* - DIJAGNOSTIČKU PRETRAGU

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

D* - AMBULANTNO LIJEČENJE

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

.

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj nije - je* potreban zbog _____

U _____ , _____ g.

Potpis doktora medicine

M.P.

*zaokružiti potrebno

**navesti vrstu prijevoznog sredstva odobrenu od liječničkog povjerenstva PU-a Zavoda

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi za više putovanja (odlazak i povratak).

HZZO-Direkcija, Zagreb
PutNal2, V3.2., 25/10/06

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured _____

Broj evidencije _____

## OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____ , _____ g.

Obračunao _____

Kontrolirao _____