HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Područni ured

Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.

Spol

Dopiata*

Da Ne

Šifra osi. od dopiate

Br. iskaznice dop. zdr. osig. HZZO/
Broj iskaznice osi. od dopiate

Č. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Evidencijski broj i godina priznate OR/PB

/200

Drž. osig.

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

Č. 76. Zak. o zdrav. zaštiti zdr. na radu OR PB

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

UPUTNICA ZA

Specijalistički pregled **A** — Šifra djelatnosti

Bolničko liječenje **B** — Šifra djelatnosti

Dijagnostičku pretragu **C** — Šifra djelatnosti

Ambulantno liječenje **D** — Šifra djelatnosti

Upućuje se _____
(Naziv ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovorne ordinacije privatne prakse) - mjesto

Šifra dij. prema MKB

Uputna dijagnoza _____

Molim, traži se _____

Prvi pregled*

Kontrolni pregled*

Napomena o bolesti _____

Napomena o terapiji _____

U _____, _____ 200____ g.

M.P.

Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum prvog javljanja osigurane osobe u ug. zdr. ustanovu ili ug. ordinaciju privatne prakse: _____

Razlog neprimanja osigurane osobe na liječenje-pregled-dijagnostiku i uputu izabranom doktoru: _____

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____

U _____, _____ 200____ g.

M.P.

Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena