

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

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

--	--	--	--	--	--	--	--

P O T V R D A

O IZVRŠENOM PREVENTIVNOM PREGLEDU OSIGURANIH OSOBA STARIJIH OD 50 GODINA

Kojom potvrđujem da sam _____ 200___. godine
izvršio-la preventivni pregled.

Da li je kod osigurane osobe utvrđeno patološko stanje:

Da*	Ne*
-----	-----

Da li je osigurana osoba upućena na daljnju specijalističku obradu:

Da*	Ne*
-----	-----

M.P.

.....
(Potpis osigurane osobe)

.....
(Potpis i faksimil izabranog doktora opće/obiteljske medicine)

NAPOMENA

Ova potvrda izdaje se u dva primjerka, od kojeg jedan primjerak zadržava izabrani doktor opće/obiteljske medicine, a jedan primjerak obavezan je dostaviti Zavodu.