

RAČUN ZA SPECIJALISTIČKO-KONZILIJARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

BROJ RAČUNA DOPUNSKOG OSIGURANJA HZZO: _____

Stranica: _____ od _____

Zdravstvena ustanova _____		Šifra _____	HZZO - PU _____	Naziv PU _____
Adresa zdravstvene ustanove _____		Adresa PU _____		
OIB _____	Matični broj ustanove _____	0 2 9 5 8 2 7 2 6 7 0 OIB HZZO-a	0 3 5 8 0 2 6 1 Matični broj HZZO-a	
Žiro račun _____	<input type="checkbox"/> Poziv na broj: _____	Datum obračuna: _____		dan, mjesec, godina

Ime i prezime osigurane osobe _____		Djelatnost u ZZ _____
Grad/naselje _____		Jedinstveni identifikator zdravstvene usluge: _____
Ulica i broj _____		SKZZ liječenje od _____ dan, mjesec, godina do _____ dan, mjesec, godina
_____ Dan, mjesec i godina rođenja	M Z N X Spol*	_____ Kategorija osiguranja
_____ JMBG osigurane osobe	_____ PU osigurane osobe	_____ Matični broj bolesnika ZU
_____ Broj osigurane osobe	_____ Matični broj osigurane osobe	_____ Šifra doktora koji je uputio na liječenje
_____ Broj iskaznice dopunskog osig. HZZO-a	_____ Broj potvrde za stomatološko pomagalo	_____ Šifra početne dijagnoze
_____ Broj potvrde izabranog doktora	_____ Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO, identifik. broj sa certifikata koji zamjenjuje europ. karticu ZO	_____ Šifra završne dijagnoze
_____ Država osig.	_____ Način prijama:*	_____ Šifra dijagnoze ₁
	<input type="checkbox"/> 1 Hitni prijam	_____ Šifra dijagnoze ₂
	<input type="checkbox"/> 2 Uputnica PZZ	_____ Šifra dijagnoze ₃
	<input type="checkbox"/> 4 Nastavno liječenje	

* u odgovarajuću kućicu staviti oznaku X

