

RAČUN ZA SPECIJALISTIČKO-KONZILIJARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU  
BROJ RAČUNA OBVEZNOG 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	Matični broj bolesnika ZU	Broj dana fizik. terapije
JMBG osigurane osobe	PU osigurane osobe	Šifra doktora koji je uputio na liječenje		Serijski broj uputnice
Broj osigurane osobe	Matični broj osigurane osobe	Da Ne Sudjelovanje:* Šifra oslob. od sudjel.		Šifra DTP-a Količina
Broj iskaznice dopunskog osig. HZZO-a		Šifra zdrav. Djelat. koji je liječio		3 4 Zakon o zdr. osig*
Broj potvrde za stomatološko pomagalo		Šifra početne dijagnoze		Šifra završne dijagnoze
Broj potvrde izabranog doktora		Šifra dijagnoze <sub>1</sub>	Šifra dijagnoze <sub>2</sub>	Šifra dijagnoze <sub>3</sub>
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO, identifik. broj sa certifikata koji zamjenjuje europ. karticu ZO	Država osig.	Način prijama:*		
		1 Hitni prijam		
		2 Uputnica PZZ		
		4 Nastavno liječenje		

\* u odgovarajuću kućicu staviti oznaku X

