

RAČUN ZA SPECIJALISTIČKO-KONZILIJARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

BROJ RAČUNA DOPUNSKOG OSIGURANJA HZZO: _____

Stranica: _____ od _____

Broj prethodnog računa (vraćeni račun) _____

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.	Način prijama:* 1 Hitni prijam 2 Uputnica PZZ 4 Nastavno liječenje 7 Jedinstvena lista naručivanja (lista čekanja) 8 Telemedicina	
Broj iskaznice dopunskog osig. HZZO-a	Država osig.	Šifra zdrav. djelat. koji je liječio	Šifra početne dijagnoze	Šifra završne dijagnoze
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO, identifik. broj sa certifikata koji zamjenjuje europ. karticu ZO	Broj potvrde za stomatološko pomagalo	Šifra dijagnoze ₁	Šifra dijagnoze ₂	Šifra dijagnoze ₃
Broj potvrde ortopedskog pomagala izabranog doktora	Evidencijski broj i god. priznate OR/PB	Zakon o zdr. osig. 0 Preventivni pregled 1 PB-Profesionalna bolest 2 OR-Ozljeda na radu 3 PN-Prometna nesreća 4 TJO-Tjelesna ozljeda od druge osobe		
Broj evidencije prijave ozljede/bolesti				

* u odgovarajuću kućicu staviti oznaku X

Šifra i naziv - suradne ustanove	Djelatnost pružanja - postupka - materijala ili lijeka - DTP postupka	Datum pružanja - postupka - DTP postupka	Šifra i ime i prezime: zdravstvenog radnika koji je proveo postupak	Šifra i naziv - hotelskog troška - postupka - materijala ili lijeka - DTP postupka	Broj/količina - dana liječenja - postupka - materijala ili lijeka - DTP postupka	Jedinična cijena (kn)	Broj bodova	Šifra osnova sudjel.	Ukupno (kn)
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9


 Aktivnost dopunskog zdrav. osig.

UKUPNI IZNOS: _____

 Mjesto i datum izdavanja računa:
 
 dan, mjesec, godina

IZNOS NAPLAĆENOG SUDJEL.
 U TROŠ. Z.Z. OD OSIG. OSOBE: _____

Datum dospjeća:
 
 dan, mjesec, godina

IZNOS ZA NAPLATU OD
 OBVEZNOG OSIG. HZZO-a: _____

Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

IZNOS ZA NAPLATU OD
 DOPUNSKOG OSIG. HZZO-a: 

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

M.P.