

# RAČUN ZA LIJEČENJE AKUTNO OBOLJELIH

BROJ RAČUNA OBVEZNOG OSIGURANJA HZZO: \_\_\_\_\_

Stranica: \_\_\_\_\_ od \_\_\_\_\_

Broj prethodnog računa (nastavno liječenje) \_\_\_\_\_

Kategorija bolničkog računa:

Broj prethodnog računa (vraćeni račun) \_\_\_\_\_

Zdravstvena ustanova	<input type="text"/>	Šifra	HZZO - PU	<input type="text"/>	Naziv PU
Adresa zdravstvene ustanove	<input type="text"/>				Adresa PU
OIB	<input type="text"/>	Matični broj ustanove	<input type="text"/>	02958272670 OIB HZZO-a	03580261 Matični broj HZZO-a
Žiro račun	<input type="text"/>	Poziv na broj: <input type="text"/>		Datum obračuna: <input type="text"/>	dan, mjesec, godina

Ime i prezime osigurane osobe	<input type="text"/>	DTS skupina: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Naziv	<input type="text"/>
Grad/naselje	<input type="text"/>	Šifra glavne dijagnoze: <input type="text"/>	<input type="text"/>	Vodeća djelatnost: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica i broj	<input type="text"/>	Jedinstveni identifikator zdravstvene usluge: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dan, mjesec i godina rođenja	M   Z   N   X Spol *	Težina pri prijemu	<input type="text"/>	Bolničko liječenje: od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	dan, mjesec, godina	dan, mjesec, godina
JMBG osigurane osobe	Kategorija osiguranja	PU osigurane osobe	Broj dana liječenja:	Opravdanost prijama:	Matični broj bolesnika ZU
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Broj osigurane osobe	Matični broj osigurane osobe	Sudjelovanje:*	Šifra oslob. od sudjel.	Šifra osnova sudjelovanja	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Da   Ne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Broj iskaznice dopunskog osig. HZZO-a		Sudjelovanje:*	Šifra oslob. od sudjel.	Šifra osnova sudjelovanja	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO, identifik. broj sa certifikata koji zamjenjuje europ. karticu ZO	Država osig.	Šifra doktora koji je uputio na liječenje	Šifra doktora koji je liječio pacijenta	Serijski broj uputnice	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Evidencijski broj i god. priznate OR/PB				Liječ. vlastitom voljom:*	
<input type="text"/>				Da   Ne	
Broj evidencije prijave ozljede/bolesti				Liječ. vlastitom voljom:*	
<input type="text"/>				Premješten iz: <input type="text"/>	Šifra ustanove
				Premješten u: <input type="text"/>	Šifra ustanove
				<input type="text"/>	
Zakon o zdr. osig.	Način prijama:*	Ishod liječenja:	Način otpusta:*	SAPS II SCORE 1 (pri prijemu u JIL)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
1 PB-Profesionalna bolest	1 Hitni prijam	1 Izliječenje	0 Ispostavljanje računa po proteku 30 dana bolničkog liječenja	SAPS II SCORE 2 (pri otpustu iz JIL)	
2 OR-Ozljeda na radu	2 Uputnica PZZ	2 Pобољšanje	1 Otpust/premještaj u drugu akutnu ustanovu	<input type="text"/>	
3 PN-Prometna nesreća	3 Premještaj iz druge ustanove	3 Nepromijenjeno	4 Otpust/premještaj u drugu ustanovu za kronično liječenje ili produženo liječenje	SAPS II SCORE 2 (pri otpustu iz JIL)	
4 TJO-Tjelesna ozljeda od druge osobe	4 Nastavno liječenje	4 Pogoršanje	5 Premještaj unutar ustanove		
	5 Premještaj unutar ustanove	5 Smrt	6 Liječenje okončano protivno savjetu doktora		
	6 Ostalo		8 Smrt		
	7 Jedinstvena lista naručivanja (lista čekanja)		9 Ostalo (otпусти kući. / drugdje..)		

Porez na dodanu vrijednost nije zaračunat u skladu s člankom 11. Stavka 1, točka 4. Zakona o porezu na dodanu vrijednost ("Narodne novine" br. 47/95).

Šifra i naziv: -djelatnosti -suradne ustanove	Šifra i ime i prezime: zdravstvenog radnika koji je proveo postupak	Šifra i naziv: -materijala ili lijeka -DTS postupaka	Broj/količina -materijala ili lijeka -DTS postupaka	Jedinična cijena (kn) materijala ili lijeka	Datum pružanja DTS postupka	Ukupno (kn) za materijale ili lijekove
0	1	2	3	4	5	6

Dodatne dijagnoze

Aktivnost obveznog zdravstvenog osiguranja

Aktivnost dopunskog zdravstvenog osiguranja

Mjesto i datum izdavanja računa:

\_\_\_\_\_                        
  
dan, mjesec, godina

UKUPNI IZNOS: \_\_\_\_\_

Datum dospjeća:                        
  
dan, mjesec, godina

IZNOS NAPLAČENOG.SUDJEL.  
U TROS. Z.Z. OD OSIG.OSOBE: \_\_\_\_\_

IZNOS ZA NAPLATU OD  
DOPUNSKOG OSIG. HZZO-a: \_\_\_\_\_

IZNOS ZA NAPLATU OD  
OBVEZNOG OSIG. HZZO-a:

\_\_\_\_\_  
Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

\_\_\_\_\_  
Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

\_\_\_\_\_  
Ime, prezime i potpis odgovorne osobe