

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
OIB	.....
Ime i prezime	.....
Godina rođenja i MB osigurane osobe	.....
Grad/naselje	Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
.....
Šifra ugovornog doktora
.....

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
<input type="text"/>	.....			

## UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Molim, traže se preventivne laboratorijske pretrage osiguranih osoba*	Da	Ne	M.P.
---	----	----	------

U \_\_\_\_\_

M.P.

\_\_\_\_\_ 201\_\_ g.

\_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil izabranog doktora