

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

1855

Na osnovi članka 131. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine« broj 150/08., 94/09., 153/09., 71/10. i 139/10.), članka 24. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine« broj 18/09. i 33/10.) i članka 27. stavka 3. Pravilnika o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine« broj 67/09., 116/09., 4/10., 13/10., 88/10. i 131/10.), Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 23. sjednici održanoj 29. lipnja 2011. godine donijelo je

## PRAVILNIK

### O IZMJENAMA PRAVILNIKA O UVJETIMA I NAČINU OSTVARIVANJA PRAVA IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA NA ZDRAVSTVENU NJEGU U KUĆI OSIGURANE OSOBE

#### Članak 1.

U Pravilniku o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući (88/10. i 1/11) u članku 5. stavku 2. tiskanica »NALOG Broj \_\_\_\_ ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI« mijenja se i tiskana je uz ovaj Pravilnik.

#### Članak 2.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu danom objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04/11-01/101

Urbroj: 338-01-01-11-1

Zagreb, 29. lipnja 2011.

Predsjednik  
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za  
zdravstveno osiguranje  
**mr. Dražen Jurković, dr. med., v. r.**

<b>HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</b>	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)
PODRUČNI URED _____	
Broj područnog ureda <input type="text"/>	Šifra ustanove - ordinacije <input type="text"/>

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu <input type="text"/>	MBG/MB <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/>
	OIB* <input type="text"/>	Spol
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) <input type="text"/>	Osnova osiguranja <input type="text"/>	Država <input type="text"/>
	Zak. o obv. zdr. osig.* OR <input type="checkbox"/> PB <input type="checkbox"/>	Evidencijski broj priznate ozljede na radu/profesionalne bolesti _____
Ime i prezime _____		

**NALOG Broj \_\_\_\_\_  
ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI**

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od  do

Prvi put  Nastavno

Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

	Tjedno	Mjesečno	
1. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
2. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
3. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
4. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Šifra MKB

Obrazloženje

