HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)
PODRUČNI URED _____	
Broj područnog ureda	Šifra ustanove - ordinacije

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu

Kategorija osiguranja

Država osiguranja

Spol: M Ž

OIB*

Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu/profesionalne bolesti

Ime i prezime _____

Adresa _____

Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta)

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	
1. _____	____ puta ☐	ukupno _____ puta
2. _____	____ puta ☐	ukupno _____ puta
3. _____	____ puta ☐	ukupno _____ puta
4. _____	____ puta ☐	ukupno _____ puta

Dijagnoza: _____ Šifra MKB

Obrazloženje

M.P.

U _____ dne _____ 20 ___ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora

Šifra

HZZO-Direkcija, Zagreb
UPNJ V3, 17/01/11/

* - odgovarajuće zaokružiti

Tiskanica se ispunjava u tri (3) primjerka

3. ISPUNJAVA OVLAŠTENI DOKTOR ZAVODA - u skladu s člankom 8. stavka 2. Pravilnika

Nalaz, mišljenje i ocjena ovlaštenog doktora Zavoda o daljnjem provođenju zdravstvene njege u kući:

M.P.

U _____ dne _____ 20 ___ g.

_____
Potpis i faksimil ovlaštenog doktora

Šifra ovlaštenog doktora

Uputa osiguranoj osobi:

Zbog zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom ovlaštenog doktora Zavoda o daljnjem provođenju zdravstvene njege u kući, ima pravo u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka, zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku.