HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured | Broj osigurane osobe

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

OIB . . . . . .

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Ime i prezime . . . . . .

Godina rođenja i
MB osigurane osobe . . . . . .

Grad/naselje | Ulica i broj

Kat. osig. | Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* | Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PN | TJO

N A L O G

za sanitetski prijevoz osigurane osobe

DIJAGNOZA: _____ Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO ☐ PLOVILO ☐ SANITETSKO VOZILO I PLOVILO ☐

BOLESNIK LEŽI ☐ SJEDI ☐ NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI ☐

NAPOMENA: _____

_____

_____

M.P.

U _____ , _____ 200____ . g.

_____
(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

HZZO-Direkcija, Zagreb
Nalog_sanitet, V5, 28/12/09

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured | Broj osigurane osobe

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

OIB . . . . . .

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Ime i prezime . . . . . .

Godina rođenja i
MB osigurane osobe . . . . . .

Grad/naselje | Ulica i broj

Kat. osig. | Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* | Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PN | TJO

N A L O G

za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

DIJAGNOZA: _____ Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

od | | | | | | | do | | | | | | | | tjedno_____ puta

PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO ☐ PLOVILO ☐ SANITETSKO VOZILO I PLOVILO ☐

BOLESNIK LEŽI ☐ SJEDI ☐ NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI ☐

NAPOMENA: _____

_____

_____

M.P.

U _____ , _____ 200____ . g.

_____
(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

HZZO - Direkcija, Zagreb
Nalog_sanitet1, V4/ 28/12/09

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -