HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured | Broj osigurane osobe

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

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

Drž. osig.

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

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

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 _____ , _____ 201____ . g.

_____
(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

HZZO-Direkcija, Zagreb
Nalog_sanitet, V6, 17/01/11

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -