

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 |

BAR KOD - - - - -
* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

| |
|---|
| Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse |
| Šifra ugovornog doktora |

| | | | |
|----------------------|--|-------------------------|--|
| Kat. osig. | Spol | Zak. o obv. zdr. osig.* | Broj evidencije prijave ozljede/bolesti |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | PN TJO | <input type="text"/> |
| Drž. osig. | Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO | Zak. o obv. zdr. osig.* | Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | OR PB | <input type="text"/> |

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 _____, _____ 201 ____ . g. _____
(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)