EVIDENCIJA NABAVLJENIH I VRAĆENIH LIJEKOVA ZA POSTUPKE MEDICINSKI POTPOMOGNUTE OPLODNJE

Zdravstvena ustanova/privatna ordinacija: _____ _____
(naziv) (šifra)

Adresa: _____ Područni ured HZZO: _____ _____
(mjesto, ulica, kućni broj) (šifra) (naziv)

Ime i prezime izabranog ugovornog doktora: _____ Šifra izabranog ugovornog doktora: _____

Broj osigurane osobe	Ime osigurane osobe	Prezime osigurane osobe	Datum rođenja osigurane osobe	Adresa osigurane osobe	Koji puta se provodi postupak na teret HZZO-a	Naziv ustanove u kojoj se provodi postupak medicinski potpomognute oplodnje	Zaštićeno ime lijeka	Broj nabavljenih ampula		Datum preuzimanja lijeka	Broj vraćenih ampula	Potpis osigurane osobe
								Iz zaliha	Novonabavljene			