

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)
PODRUČNI URED _____	
Broj područnog ureda <input type="text"/>	Šifra ustanove - ordinacije <input type="text"/>

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu <input type="text"/>	MBG/MB OIB* <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> Spol
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Osnova osiguranja <input type="text"/> Država
Ime i prezime _____		

UPUTNICA broj _____
OVLAŠTENOM DOKTORU / LIJEČNIČKOM POVJERENSTVU

Dijagnoza bolesti _____	<input type="text"/> Šifra MKB
1. Za odobrenje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na:	
<input type="checkbox"/> bolovanje	<input type="checkbox"/> fizikalnu terapiju u kući
<input type="checkbox"/> bolničku medicinsku rehabilitaciju	<input type="checkbox"/> zdravstvenu njegu u kući
<input type="checkbox"/> ortopedska i druga pomagala	<input type="checkbox"/> drugo _____
2. Po prigovoru osigurane osobe u svezi prava na:	
<input type="checkbox"/> bolovanje**	<input type="checkbox"/> fizikalnu terapiju u kući
<input type="checkbox"/> bolničku medicinsku rehabilitaciju	<input type="checkbox"/> zdravstvenu njegu u kući
<input type="checkbox"/> ortopedska i druga pomagala	<input type="checkbox"/> drugo _____
3. Za odobrenje prava s osnova roditeljskih i roditeljskih potpora na:	
<input type="checkbox"/> produženje roditeljskog dopusta (prerano rođeno dijete)	<input type="checkbox"/> SRV za dijete s težim smetnjama u razvoju
<input type="checkbox"/> SRV do 3.godine života djeteta	<input type="checkbox"/> drugo _____
<input type="checkbox"/> dopust za dijete s težim smetnjama u razvoju	_____
Obrazloženje:	
M.P.	
U _____, _____ 200__ g.	<input type="text"/> Šifra izabranog doktora
Potpis i faksimil izabranog doktora / potpis ovlaštenog radnika Zavoda	
Prilog: Medicinska dokumentacija iz članka 10. Pravilnika	
Napomena:	
* Obavezan podatak od 1. siječnja 2011. godine	
** Prigovor osiguranika na ocjenu izabranog doktora o bolovanju, koji je podniet odmah, a najkasnije u roku od 24 sata od dana donošenja navedene ocjene, odnosno ako to nije moguće zbog neradnog dana prvog idućeg radnog dana, odgađa izvršenje te ocjene do donošenja nalaza, mišljenja i ocjene ovlaštenog doktora.	

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 1. Područni ured _____ Šifra područnog ureda <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> 2. Direkcija					<input type="checkbox"/> OVLAŠTENI DOKTOR <input type="checkbox"/> LIJEČNIČKO POVJERENSTVO _____ _____ Klasa: _____ Ur.broj _____ Datum <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Na osnovi ovlasti iz članka 11., 12., 13., 14. i 15. Pravilnika o sastavu, ovlastima i načinu rada ovlaštenih doktora i liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ovlaštenu doktor/liječničko povjerenstvo daje

NALAZ

MIŠLJENJE

OCJENA

Ovlašteni doktor / Liječničko povjerenstvo:

1. _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Šifra										
Ime, prezime i potpis											
2. _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Šifra										
Ime, prezime i potpis											
3. _____	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Šifra										
Ime, prezime i potpis											

M.P.

Na znanje: 1. Osiguraniku / osiguranoj osobi 2. Izabranom doktoru
Uputa osiguranoj osobi: Zbog zaštite svojih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom ovlaštenog doktora/liječničkog povjerenstva, ima pravo u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku.