

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>												
		Šifra ugovornog doktora												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>												
Broj obveze														
Ime i prezime														
Godina rođenja i MB osigurane osobe														
Grad/naselje		Ulica i broj												

Kat. osig.	Spol	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>					<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;">PN</td><td style="width: 10px;">TJO</td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>	PN	TJO											<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>												
PN	TJO																																		
Drž. osig.		Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td><td style="width: 10px;"> </td> </tr> </table>																																			

PUTNI NALOG**U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto***

na:

A* - SPECIJALISTIČKI PREGLED

B* - BOLNIČKO LIJEČENJE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

C* - DIJAGNOSTIČKU PRETRAGU

D* - AMBULANTNO LIJEČENJE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj nije - je* potreban zbog _____

U _____ , _____ g. _____ Potpis doktora medicine

M.P.

*zaokružiti potrebno

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda
od liječničkog povjerenstva PU-a Zavoda

***obvezan podatak

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana _____ g. bila u _____

(naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse, isporučitelja pomagala i mjesto)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala

na _____

M.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Šifra doktora medicine

Broj dnevnika _____

Potpis doktora medicine/ugovornog isporučitelja

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____ , _____ g.

Obračunao _____ Kontrolirao _____

ZAHTEJEV ZA ISPLATUMolim da mi se troškovi prijevoza isplate na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Zahteju prilažem: _____ Potpis osigurane osobe

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)