

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured		Broj osigurane osobe	
Broj obveze		Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora	
Godina rođenja i MB osigurane osobe		Šifra doktora specijaliste	
Grad/haselje		Ulica i broj	
Primarna prevencija*		Sekundarna prevencija*	
Kat. osig.		Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.*	
Spol		Broj evidencije prijava ozljede/bolesti	
Drž. osig.		Evidencijski broj i godina priznate OR /PB	
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO		Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu	
Šifra dij. prema MKB		Broj evidencije prijava ozljede/bolesti	

Rp.

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s dopunske I. lij.	
Cij. orig. pakir. lij. na teret obv. zdr. osig.	
Količina	Cijena usluge
Iznos na teret obv. zdr. osig.	
Iznos doplate	
Šifra ljekarne	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	
Pečat ljekarne i potpis ljekarnika	
U _____	M.P. _____
_____ 200 _____ g.	_____
Potpis i faksimil izabranog doktora	