

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured		Broj osigurane osobe		BAR KOD - - - - -	
				* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *	
Broj obveze		Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse		Šifra ugovornog doktora	
Ime i prezime					
Godina rođenja I		Šifra doktora specijaliste			
MB osigurane osobe					
Grad/naselje		Ulica i broj		Primarna prevencija* <input type="checkbox"/> Sekundarna prevencija* <input type="checkbox"/>	
Kat. osig.		Spol		Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.*	
				Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	
Drž. osig.		Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO		PN TJO /	
Šifra dij. prema MKB				Evidencijski broj i godina priznate OR /PB	
				/200	
				Čl. 76. Zak. o zdrav.*	
				Broj evidencije osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti	
				OR PB /	

Rp.

U _____

M.P.

_____ 200 g.

Potpis i faksimil izabranog doktora

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s osnovne l. lij.	
Količina	Cijena usluge
Iznos na teret obv. zdr. osig.	
Šifra ljekarne	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika