

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured		Broj osigurane osobe		BAR KOD - - - - -	
OIB				* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *	
Ime i prezime				Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Godina rođenja I				Šifra ugovornog doktora	
MB osigurane osobe				Šifra doktora specijaliste	
Grad/naselje		Ulica i broj		Primarna prevencija* <input type="checkbox"/> Sekundarna prevencija* <input type="checkbox"/>	
Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje		Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.*	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	šifra <input type="text"/>		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO		PN TJO		<input type="text"/>
Šifra dij. prema MKB	<input type="text"/>				

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