

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

Područni ured _____ Broj osigurane osobe _____

Broj obveze

Ime i prezime

Godina rođenja i MB osigurane osobe

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Kat. osig.	Spol	Doplata*	Šifra osl. od doplate	Broj iskaznice osl. od doplate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Da Ne				
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____			
<input type="text"/>				

Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PN TJO /

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB _____ /200_____

Čl. 76. Zak. o zdrav.* Broj evidencije osig. zašti. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti

OR PB /

UPUTNICA ZA

Specijalistički pregled	A <input type="text"/>	Bolničko liječenje	B <input type="text"/>
Dijagnostičku pretragu	C <input type="text"/>	Ambulantno liječenje	D <input type="text"/>

Upućuje se _____ (Naziv ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovorne ordinacije privatne prakse) - mjesto _____ Šifra dij. prema MKB

Uputna dijagnoza _____

Molim, traži se _____ Prvi pregled*

_____ Kontrolni pregled*

Napomena o bolesti _____

Napomena o terapiji _____

U _____, _____ 200_____ g. M.P. _____ Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum prvog javljanja osigurane osobe u ug. zdr. ustanovu ili ug. ordinaciju privatne prakse: _____

Razlog neprimanja osigurane osobe na liječenje-pregled-dijagnostiku i uputa izabranom doktoru: _____

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____

U _____, _____ 200_____ g. M.P. _____ Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

Područni ured _____ Broj osigurane osobe _____

Broj obveze

Ime i prezime

Godina rođenja i MB osigurane osobe

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____	
<input type="text"/>		

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PN TJO /

UPUTNICA ZA

Specijalistički pregled	A <input type="text"/>	Bolničko liječenje	B <input type="text"/>
Dijagnostičku pretragu	C <input type="text"/>	Ambulantno liječenje	D <input type="text"/>

Upućuje se _____ (Naziv specijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite) _____ Šifra dij. prema MKB

Uputna dijagnoza _____

Molim, traži se _____ Jednostavan pregled*

_____ Kompletan pregled*

Napomena _____

U _____, _____ 200_____ g. M.P. _____ Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____

U _____, _____ 200_____ g. M.P. _____ Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse