

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Podružni ured Broj osigurane osobe

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja i
MB osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.

Spol

U cijelosti pokriva obvezno
zdravstveno osiguranje
šifraČl. 113., 118. Broj evidencije
Zak. o obv. zdr. osig. * prijave ozljede/bolesti

PN TJO

Drž. osig.

Broj boles. lista INO,
broj putovnice,
europska karta ZO**UPUTNICA ZA**

Šifra djelatnosti

Specijalistički
pregled**A**

Šifra djelatnosti

Bolničko
liječenje**B**

Šifra djelatnosti

Dijagnostičku
pretragu**C**

Šifra djelatnosti

Ambulantno
liječenje**D**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