



ZAHTJEV I PRIJEDLOG ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE U INOZEMSTVO

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

| | |
|----------------------|----------------|
| Ime i prezime | Datum rođenja |
| Broj osigurane osobe | Spol M Ž |
| OIB | |
| Adresa | |

2. DIJAGNOZA

| | | |
|-------|-----|---|
| _____ | MKB | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . |
| _____ | MKB | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . |
| _____ | MKB | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . |

Zak. o obv. zdr. osig.

| | | |
|----|----|---|
| OR | PB | * |
|----|----|---|

_____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

3. PODACI O TIJEKU BOLESTI I DOSADAŠNJEM LIJEČENJU

4. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE PREDLAŽE LIJEČENJE U INOZEMSTVU

5. VRSTA I METODA LIJEČENJA

6. PRIJEDLOG ZDRAVSTVENE USTANOVE U INOZEMSTVU

7. OČEKIVANO TRAJANJE LIJEČENJA U INOZEMSTVU U DANIMA

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|----|----|----|--|
| 1 | 3 | 5 | 7 | 10 | 14 | 21 | |
|---|---|---|---|----|----|----|--|

8. PRIJEDLOG PRIJEVOZNOG SREDSTVA

| | | | | |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|--|
| SREDSTVO JAVNOG PRIJEVOZA | PUTNIČKI ZRAKOPLOV | SANITETSKI PRIJEVOZ | SANITETSKI ZRAKOPLOV | |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------|-------------------------|--|

9. POTREBA PRATNJE

NE

DA

ČLAN OBITELJI/
DRUGA OSOBA

MEDICINSKA SESTRA/
TEHNIČAR

DOKTOR

10. POTREBA SMJEŠTAJA UZ DIJETE

NE

DA

RADI DOJENJA

RADI ZDRAVSTVENOG
STANJA DJETETA

11. NAPOMENA

M.P.

DATUM

DOKTOR SPECIJALIST
ime, prezime i faksimil

član liječničkog konzilija

član liječničkog konzilija

predsjednik liječničkog konzilija ¹

¹ Ukoliko liječenje predlaže liječnički konzilij, prijedlog potpisuju predsjednik konzilija i dva člana

PRILOG:

Medicinska dokumentacija na hrvatskom jeziku

12. IZJAVA OSIGURANE OSOBE

Izjavljujem da sam upoznat-a da u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja zdravstvene zaštite u inozemstvu osigurana osoba koja je na liječenje u inozemstvo **otišla bez rješenja** Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o upućivanju na liječenje u inozemstvo nema pravo ostvariti to liječenje na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja unatoč prethodno podnesenom zahtjevu.

DATUM

potpis osigurane osobe
podnositelja zahtjeva ²

² za malodobne osigurane osobe, odnosno osigurane osobe pod skrbništvom, zahtjev i izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik