



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<sup>1</sup>

<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>

<sup>2</sup> za malodobne osigurane osobe, odnosno osigurane osobe pod skrbištvom, zahtjev i izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik