

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

* L 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Područni ured	Broj osigurane osobe
Broj obveze	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Šifra ugovornog doktora	
Šifra doktora specijaliste	
Primarna prevencija* <input type="checkbox"/>	Sekundarna prevencija* <input type="checkbox"/>

Kat. osig.	Spol	Sudjelovanje*	Šifra osl. od sudj.	Br. iskaznice dop. zdr. osig. HZZO/ Broj iskaznice osl. od sudj.	Evidencijski broj i godina priznate OR /PB
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/200
Drž. osig.	Da Ne	Čl. 20. i 110. Zak. o zdr. osig.*		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PB OR PN TJO		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Šifra dij. prema MKB	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Rp.

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s L. lij.	
Količina	Cijena usluge
Na teret osn. zdr. osig.	
Na teret dop. zdr. osig. uklj. usluga	
Šifra lijekame	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

U _____ M.P.

_____ 200__ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora