

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse <input type="text"/> Šifra ugovornog doktora <input type="text"/> Šifra doktora specijalista koji je zatražio laboratorijsku obradu <input type="text"/>
Broj obveze	Ime i prezime	
Godina rođenja i Mat. broj osigurane osobe	Ulica i broj	
Grad/naselje		
Kat. osig.	Spol	Evidencijski broj i godina priznate OR/PB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____/200__
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO	Čl. 20. i 110. Zak. o zdr. osig.*
<input type="text"/>		PB OR PN TJO
Šifra dij. prema MKB		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/>

UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Molim, traže se preventivne laboratorijske pretrage osiguranih osoba starijih od 50 godina*

Da Ne

M.P.

U _____

M.P.

_____ 200__ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora