Tiskanica 1

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 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*

Sekundarna prevencija*

Kat. osig.

Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO

Šifra dij. prema MKB

Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.*

PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB

/200

Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu

OR PB

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Rp.

Šifra lijeka

Cij. orig. pakir. lij. s osnovne l. lij.

Količina

Cijena usluge

Iznos na teret obv. zdr. osig.

Šifra ljekarne

Datum izdavanja lijeka

Šifra ljekarnika

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

U _____

M.P.

_____ 200___ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora

HZZO-Direkcija, Zagreb
ReceptOsn, V12, 25.10.06

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena