

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured		Broj osigurane osobe	
Broj obveze		Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora	
Godina rođenja i MB osigurane osobe		Šifra doktora specijaliste	
Grad/haselje		Ulica i broj	
Primarna prevencija*		Sekundarna prevencija*	
Kat. osig.	Spol	Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
		PN TJO	/
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO	Evidencijski broj i godina priznate OR /PB	
		/200	
Šifra dij. prema MKB		Čl. 76. Zak. o zdrav.*	Broj evidencije osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti
		OR PB	/

Rp.

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s dopunske I. lij.	
Cij. orig. pakir. lij. na teret obv. zdr. osig.	
Količina	Cijena usluge
Iznos na teret obv. zdr. osig.	
Iznos doplate	
Šifra ljekarne	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	
Pečat ljekarne i potpis ljekarnika	
U _____	M.P. _____
_____ 200 _____ g.	_____ Potpis i faksimil izabranog doktora