

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

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

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse
Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.	Spol	Doplata*	Šifra osl. od doplate	Br. iskaznice dop. zdr. osig. HZZO/ Broj iskaznice osl. od doplate
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Da Ne				
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Čl. 119 Zak. o obvj. zdr. osig.*	PN	TJO	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Evidencijski broj i godina priznate OR/PB			
/200__			
Čl. 76. Zak. o zdrav.*	OR	PB	Broj evidencije osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

UPUTNICA ZA

Šifra djelatnosti Specijalistički pregled A <input type="text"/>	Šifra djelatnosti Bolničko liječenje B <input type="text"/>
Šifra djelatnosti Dijagnostičku pretragu C <input type="text"/>	Šifra djelatnosti Ambulantno liječenje D <input type="text"/>

Upućuje se _____ (Naziv ugovorne zdravstvene ustanove ili ugovorne ordinacije privatne prakse) - mjesto

Uputna dijagnoza _____ Šifra dij. prema MKB

Molim, traži se _____ Prvi pregled*

_____ Kontrolni pregled*

Napomena o bolesti _____

Napomena o terapiji _____

U _____, _____ 200__ g. M.P. _____

Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum prvog javljanja osigurane osobe u ug. zdr. ustanovu ili ug. ordinaciju privatne prakse: _____

Razlog neprimanja osigurane osobe na liječenje-pregled-dijagnostiku i uputa izabranom doktoru: _____

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____

U _____, _____ 200__ g. M.P. _____

Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse