

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

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

BAR KOD - - - - -

\* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 \*

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

Kat. osig.	Spol	Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PN TJO	/
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO	Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="checkbox"/>	.....	OR PB	/
Evidencijski broj i godina priznate OR/PB		..... /200.....	

**NALOG**  
**za sanitetski prijevoz osigurane osobe**

DIJAGNOZA: \_\_\_\_\_

Šifra dij. prema MKB
----------------------

**POLAZIŠTE**

.....

.....

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

**ODREDIŠTE**

.....

.....

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

Datum: \_\_\_\_\_

Broj prijeđenih kilometara \_\_\_\_\_ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

PRIJEVOZNO SREDSTVO:	SANITETSKO VOZILO <input type="checkbox"/>	PLOVILO <input type="checkbox"/>	SANITETSKO VOZILO I PLOVILO <input type="checkbox"/>
----------------------	--	----------------------------------	--

BOLESNIK LEŽI <input type="checkbox"/>	SJEDI <input type="checkbox"/>	NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI <input type="checkbox"/>
--	--------------------------------	---

NAPOMENA: \_\_\_\_\_

.....

.....

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_. g. \_\_\_\_\_ M.P. \_\_\_\_\_

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)