

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

N A L O G
za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

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)

od _____ do _____ tjedno _____ puta

PRIJEVOZNO

SREDSTVO:

SANITETSKO VOZILO

PLOVILO

SANITETSKO VOZILO I PLOVILO

BOLESNIK

LEŽI

SJEDI

NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI

NAPOMENA: _____

M.P.

U _____, _____ 200_____ . g.

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)