

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured	Broj osigurane osobe	Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
Broj obveze	Ime i prezime	Šifra ugovornog doktora <table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>										
Godina rođenja i MB osigurane osobe	Grad/naselje	Ulica i broj										

Kat. osig.	Spol	Čl. 119 Zak. o obvj. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <table border="1"> <tr><td>PN</td><td>TJO</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	PN	TJO							/		
PN	TJO								/				
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO	Evidencijski broj i godina priznate OR/PB _____ /200____											
		Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti <table border="1"> <tr><td>OR</td><td>PB</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td></tr> </table>	OR	PB							/		
OR	PB							/					

**PUTNI NALOG****U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u \_\_\_\_\_ naziv zdravstvene ustanove ili ordinacije priv.prakse i mjesto

na:

A\* - SPECIJALISTIČKI PREGLED

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

B\* - BOLNIČKO LIJEČENJE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

C\* - DIJAGNOSTIČKU PRETRAGU

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

D\* - AMBULANTNO LIJEČENJE

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva\*\* \_\_\_\_\_

Pratitelj nije - je\* potreban zbog \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ g. \_\_\_\_\_  
Potpis doktora medicine

M.P.

\*zaokružiti potrebno

\*\*navesti vrstu prijevoznog sredstva odobrenu od liječničkog povjerenstva PU-a Zavoda

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi za više putovanja (odlazak i povratak).

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured \_\_\_\_\_

Broj evidencije \_\_\_\_\_

**OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA**

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_ i povratak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_ i povratak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Za isplatu IZNOS \_\_\_\_\_ kn

(slovima \_\_\_\_\_)

U \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ g.

Obračunao

Kontrolirao

