

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	Broj iskaznice osl. od doplate
[][]	[]	[][]	[][]	[][][][][][][][][][]
Da Ne				
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
[][]				

Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
PN TJO	[][][][] / [][]
Evidencijski broj i godina priznate OR/PB	
/200__	
Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
OR PB	[][][][] / [][]

UPUTNICA ZA

Šifra djelatnosti Specijalistički pregled A [][][][][][][][]	Šifra djelatnosti Bolničko liječenje B [][][][][][][][]
Šifra djelatnosti Dijagnostičku pretragu C [][][][][][][][]	Šifra djelatnosti Ambulantno liječenje D [][][][][][][][]

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

Uputna dijagnoza _____ Šifra dij. prema MKB [][][][]

Molim, traži se _____ Prvi pregled* []

Napomena o bolesti _____ Kontrolni pregled* []

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