

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured		Broj osigurane osobe	
Broj obveze		Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora	
Godina rođenja I MB osigurane osobe		Šifra doktora specijaliste	
Grad/naselje		Ulica i broj	
Primama prevencija*		Sekundama prevencija*	
Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO		
Šifra dij. prema MKB			
Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.*		Broj evidencije prijava ozljede/bolesti	
PN	TJO		

Rp.

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s osnovne l. lij.	
Količina	Cijena usluge
Iznos na teret obv. zdr. osig.	
Šifra ljekarne	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	
Pečat ljekarne i potpis ljekarnika	
U _____	M.P. _____
_____ 200 _____ g.	_____
Potpis i faksimil izabranog doktora	