

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PODRUČNI URED _____ Broj područnog ureda <input style="width: 50px;" type="text"/>	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat) Šifra ustanove - ordinacije <input style="width: 100px;" type="text"/>
---	--

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	MBG/MB <input style="width: 100px;" type="text"/>	M Ž _____ Spol	OIB* <input style="width: 100px;" type="text"/>
Ime i prezime _____			
Adresa _____			
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	Osnova osiguranja <input style="width: 50px;" type="text"/>	Država <input style="width: 50px;" type="text"/>	Ime i prezime _____

UPUTNICA broj _____
OVLAŠTENOM DOKTORU / LIJEČNIČKOM POVJERENSTVU

Dijagnoza bolesti _____	<input style="width: 50px;" type="text"/> Šifra MKB
1. Za odobrenje prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na: <input type="checkbox"/> bolovanje <input type="checkbox"/> fizikalnu terapiju u kući <input type="checkbox"/> ortopedska i druga pomagala <input type="checkbox"/> bolničku medicinsku rehabilitaciju <input type="checkbox"/> zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> drugo _____	
2. Po prigovoru osigurane osobe u svezi prava na: <input type="checkbox"/> bolovanje** <input type="checkbox"/> fizikalnu terapiju u kući <input type="checkbox"/> ortopedska i druga pomagala <input type="checkbox"/> bolničku medicinsku rehabilitaciju <input type="checkbox"/> zdravstvenu njegu u kući <input type="checkbox"/> drugo _____	
3. Za odobrenje prava s osnova roditeljskih i roditeljskih potpora na: <input type="checkbox"/> produženje roditeljskog dopusta (prerano rođeno dijete) <input type="checkbox"/> SRV za dijete s težim smetnjama u razvoju <input type="checkbox"/> SRV do 3.godine života djeteta <input type="checkbox"/> drugo _____ <input type="checkbox"/> dopust za dijete s težim smetnjama u razvoju	
Obrazloženje:	
M.P.	
U _____, _____ 200__ g.	<input style="width: 100px;" type="text"/> Potpis i faksimil izabranog doktora / potpis ovlaštenog radnika Zavoda
<input style="width: 100px;" type="text"/> Šifra izabranog doktora	
Prilog: Medicinska dokumentacija iz članka 10. Pravilnika	

Napomena:

- * Obavezan podatak od 1. siječnja 2011. godine
- ** Prigovor osiguranika na ocjenu izabranog doktora o bolovanju, koji je podnjet odmah, a najkasnije u roku od 24 sata od dana donošenja navedene ocjene, odnosno ako to nije moguće zbog neradnog dana prvog idućeg radnog dana, odgađa izvršenje te ocjene do donošenja nalaza, mišljenja i ocjene ovlaštenog doktora.

1. Područni ured _____

Šifra područnog ureda

--	--	--	--

Klasa: _____

Ur.broj _____

Datum

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

Na osnovi ovlasti iz članka 11., 12., 13., 14. i 15. Pravilnika o sastavu, ovlastima i načinu rada ovlaštenih doktora i liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ovlašteni doktor/liječničko povjerenstvo daje

NALAZ

--

MIŠLJENJE

--

OCJENA

--

Ovlašteni doktor / Liječničko povjerenstvo:

1. _____
Ime, prezime i potpis

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

Šifra

M.P.

2. _____
Ime, prezime i potpis

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

Šifra

3. _____
Ime, prezime i potpis

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

Šifra

Na znanje:

1. Osiguraniku / osiguranoj osobi
2. Izabranom doktoru

Uputa osiguranoj osobi:

Zbog zaštite svojih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom ovlaštenog doktora/liječničkog povjerenstva, ima pravo u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku.