

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured \_\_\_\_\_ Broj osigurane osobe \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

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. 113., 118. Zak. o obvj. zdr. osig. * prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO		
<input type="text"/>	_____		

**NALOG**  
**za sanitetski prijevoz osigurane osobe**

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)

PRIJEVOZNO SREDSTVO:      SANITETSKO VOZILO       PLOVILO       SANITETSKO VOZILO I PLOVILO

BOLESNIK      LEŽI       SJEDI       NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI

NAPOMENA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_. g.      M.P. \_\_\_\_\_

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)