

**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"/>			

**N A L O G**  
**za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu**

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)

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ tjedno \_\_\_\_\_ puta

**PRIJEVOZNO**

**SREDSTVO:**

SANITETSKO VOZILO

PLOVILO

SANITETSKO VOZILO I PLOVILO

**BOLESNIK**

LEŽI

SJEDI

NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI

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

M.P. \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_. g.

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)