

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

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

POTVRDA O IZVRŠENOM PREVENTIVNOM PREGLEDU

Kojom potvrđujem da sam _____ 200___. godine
izvršio-la preventivni pregled.

Da li je kod osigurane osobe utvrđeno patološko stanje:

*	*
Da	Ne

Da li je osigurana osoba upućena na daljnju specijalističku obradu:

*	*
Da	Ne

M.P.

.....
(Potpis osigurane osobe)

.....
(Potpis i faksimil izabranog doktora)

NAPOMENA

Ova potvrda izdaje se u dva primjerka, od kojeg jedan primjerak zadržava izabrani doktor, a jedan primjerak obavezan je dostaviti Zavodu.