

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured		Broj osigurane osobe	
OIB		Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora	
Godina rođenja i MB osigurane osobe		Šifra doktora specijaliste	
Grad/haselje		Ulica i broj	
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 prijave ozljede/bolesti	
PN TJO		/	

Rp.

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s dopunske I. lij.	
Cij. orig. pakir. lij. na teret obv. zdr. osig.	
Količina	Cijena usluge
Iznos na teret obv. zdr. osig.	
Iznos sudjelovanja	
Šifra ljekarne	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	
Pečat ljekarne i potpis ljekarnika	

U _____ M.P.

_____ 200 _____ g. _____

Potpis i faksimil izabranog doktora