

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

Područni ured	Broj osigurane osobe
OIB	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig. * prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Molim, traže se preventivne laboratorijske pretrage osiguranih osoba*	Da Ne	M.P.
---	-------	------

U _____

M.P.

_____ 200__ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora