

PRIJEDLOG ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE U INOZEMSTVO

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Ime i prezime	Datum rođenja
Broj osigurane osobe	Spol M Ž
OIB	
Adresa	

2. DIJAGNOZA

	MKB	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table>					.
				.			
	MKB	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table>					.
				.			
	MKB	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="text-align: center;">.</td> </tr> </table>					.
				.			

3. PODACI O TIJEKU BOLESTI I DOSADAŠNJEM LIJEČENJU

4. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE PREDLAŽE LIJEČENJE U INOZEMSTVU

5. VRSTA I METODA LIJEČENJA

6. PRIJEDLOG ZDRAVSTVENE USTANOVE U INOZEMSTVU

7. OČEKIVANO TRAJANJE LIJEČENJA U INOZEMSTVU U DANIMA

1	3	5	7	10	14	21	
---	---	---	---	----	----	----	--

8. PRIJEDLOG PRIJEVOZNOG SREDSTVA

SREDSTVO JAVNOG PRIJEVOZA	PUTNIČKI ZRAKOPLOV	SANITETSKI PRIJEVOZ	SANITETSKI ZRAKOPLOV	
---------------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	--

9. POTREBA PRATNJE

NE

DA

ČLAN OBITELJI/
DRUGA OSOBA

MEDICINSKA SESTRA/
TEHNIČAR

DOKTOR

10. NAPOMENA

DATUM

M.P.

DOKTOR SPECIJALIST
ime, prezime i faksimil

član liječničkog konzilija

član liječničkog konzilija

predsjednik liječničkog konzilija

*Ukoliko liječenje predlaže liječnički konzilij, prijedlog potpisuju predsjednik konzilija i dva člana

PRILOG:

Potpisana zamolba osigurane osobe
Medicinska dokumentacija na hrvatskom jeziku