

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)
PODRUČNI URED _____	
Broj područnog ureda <input type="text"/>	Šifra ustanove - ordinacije <input type="text"/>

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu <input type="text"/>	MBG / MB OIB* <input type="text"/>	M <input type="checkbox"/> Ž <input type="checkbox"/> Spol
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) <input type="text"/>	Osnova osiguranja <input type="text"/>	Država <input type="text"/>
Ime i prezime _____		

**UPUTNICA broj _____
LIJEČNIČKOM POVJERENSTVU**

1. a) Za odobrenje iz članka 12. stavka 1. točke _____ Pravilnika	b) Za odobrenje iz članka 12. stavka 2. točke _____ Pravilnika
Dijagnoza bolesti _____	<input type="text"/> Šifra MKB
2. a) Za odobrenje iz članka 13. stavka 1. točke _____ Pravilnika	b) Za odobrenje iz članka 13. stavka 2 Pravilnika
Dijagnoza bolesti _____	<input type="text"/> Šifra MKB
3. Po prigovoru osigurane osobe iz članka 14. stavka 1. točke _____ Pravilnika**	
Dijagnoza bolesti _____	<input type="text"/> Šifra MKB
Traži se:	
Obrazloženje:	
M.P.	
U _____, _____ 200__ g.	<input type="text"/> Potpis i faksimil izabranog doktora / potpis ovlaštenog radnika Zavoda
Prilog: Medicinska dokumentacija iz članka 11. Pravilnika	<input type="text"/> Šifra izabranog doktora

Napomena:

* Obavezan podatak od 1. siječnja 2011. godine

**Prigovor osiguranika na ocjenu izabranog doktora o bolovanju, koji je podnijet odmah, a najkasnije u roku od 24 sata od dana donošenja navedene ocjene, odnosno ako to nije moguće zbog neradnog dana prvog idućeg radnog dana, odgađa izvršenje te ocjene do donošenja nalaza, ocjene i mišljenja liječničkog povjerenstva.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

LJEČNIČKO POVJERENSTVO _____

1. Područni ured _____

Šifra područnog ureda

--	--	--	--	--

Vijeće _____

Klasa: _____

Ur.broj _____

Datum

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

Na osnovi ovlasti iz članka 12., 13. i 14. Pravilnika o sastavu, ovlastima i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje liječničko povjerenstvo daje

NALAZ, MIŠLJENJE I OCJENU

1. NALAZ:

2. MIŠLJENJE:

3. OCJENA:

Liječničko povjerenstvo:

1. _____
Ime, prezime i potpis

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

Šifra

M.P.

2. _____
Ime, prezime i potpis

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

Šifra

3. _____
Ime, prezime i potpis

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

Šifra

Na znanje:

1. Osigurniku / osiguranoj osobi
2. Izabranom doktoru

Uputa osiguranoj osobi:

Zbog zaštite svojih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva, ima pravo u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku.