HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

Broj osigurane osobe

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

Kat. osig.

Spol

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.*

PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

PUTNI NALOG

U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____
naziv zdravstvene ustanove ili ordinacije priv.prakse i mjesto***

na:

A* - SPECIJALISTIČKI PREGLED
Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

B* - BOLNIČKO LIJEČENJE
Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

C* - DIJAGNOSTIČKU PRETRAGU
Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

D* - AMBULANTNO LIJEČENJE
Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj nije - je* potreban zbog _____

U _____ , _____ g. _____
Potpis doktora medicine

*zaokružiti potrebno M.P.

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva PU-a Zavoda

***obvezan podatak

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi za više putovanja (odlazak i povratak).

HZZO - Direkcija, Zagreb
PutNal2, V3.2, 28/04/09

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____ , _____ g.

Obračunao _____

Kontrolirao _____

ZAHTJEV ZA ISPLATU

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na: tekući račun ☐ kućnu adresu ☐

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

_____
Potpis osigurane osobe

Zahtjevu prilažem:
1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba bila u _____ | | | | | | | | | | na _____

(naziv zdravstvene ustanove ili ordinacije priv.prakse i mjesto)

Šifra zdrav.ustan. ili ordinacije priv.prakse

Datum	Broj dnevnika	Šifra doktora medicine	Faksimil i potpis	M.P.	Datum	Broj dnevnika	Šifra doktora medicine	Faksimil i potpis	M.P.