

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

Područni ured \_\_\_\_\_ Broj osigurane osobe \_\_\_\_\_

Broj obveze .....

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. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti Broj evidencije PN TJO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>							
Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____												

## UPUTNICA ZA

Specijalistički pregled <b>A</b> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Bolničko liječenje <b>B</b> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
Dijagnostičku pretragu <b>C</b> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									Ambulantno liječenje <b>D</b> <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								

Upućuje se \_\_\_\_\_ (Naziv specijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite)

Uputna dijagnoza \_\_\_\_\_

Šifra dij. prema MKB

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

Molim, traži se \_\_\_\_\_ Jednostavan pregled\*

\_\_\_\_\_ Kompletan pregled\*

Napomena \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_ g. M.P. \_\_\_\_\_  
Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 200\_\_\_\_\_ g. M.P. \_\_\_\_\_  
Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse