HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
Mat. broj osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Šifra doktora specijalista koji je zatražio laboratorijsku obradu

Kat. osig.

Spol

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB

_____ /200__

Drž. osig.

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

Čl. 20. i 110. Zak. o zdr. osig.*

PB | OR | PN | TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Šifra dij. prema MKB

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

HZZO-Direkcija, Zagreb
UputLabPZZ, V10, 10/01/09

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena