HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

Broj osigurane osobe

OIB* .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.

Spol

Drž. osig.

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

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

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.** OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

PUTNI NALOG

U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____
naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala 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

M.P.

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

*obvezan podatak od 1. siječnja 2011.god.
**zaokružiti potrebno
***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, V4, 22/12/10

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 _____ (naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto) | | | | | | | | | | Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv. prakse ili isporučitelja pomagala na _____

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