

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)
PODRUČNI URED _____	Šifra ustanove - ordinacije _____
Broj područnog ureda _____	

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu _____	MBG/MB _____	M Ž Spol
	OIB* _____	
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) _____	Osnova osiguranja _____	Država _____
Ime i prezime _____		

**NALOG Broj _____
ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI**

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od _____	do _____	tjedno _____ puta
Prvi put <input type="checkbox"/> Nastavno <input type="checkbox"/>		
Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
Dijagnoza: _____	Šifra MKB _____	
Obrazloženje		
U _____ dne _____ 20 ____ g.		
M.P.	Potpis i faksimil izabranog doktora _____	Šifra _____

