

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PODRUČNI URED _____ Broj područnog ureda <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat) Šifra ustanove - ordinacije <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>
---	---

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	MBG/MB <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> M <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> Ž Spol
OIB* <input style="width: 100px; border: 1px solid black;" type="text"/>		
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Osnova osiguranja <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Država <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Zak. o obv. zdr. osig.* <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> OR <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> PB		
Evidencijski broj priznate ozljede na radu/profesionalne bolesti _____		
Ime i prezime _____		

NALOG Broj _____ ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od do

Prvi put Nastavno

Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

	Tjedno	Mjesečno	
1. _____ puta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
2. _____ puta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
3. _____ puta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
4. _____ puta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta

Dijagnoza: _____

Šifra MKB

Obrazloženje

U _____ dne _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis i faksimil izabranog doktora
Šifra

