

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR	Broj osigurane osobe
Broj obveze	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

BAR KOD - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva
- ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Kat. osig.	Spol				
<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				<table><tr><td></td></tr></table>	
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO				
<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>					

Čl. 57. Zak. o zdrav.* Broj evidencije
osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti

OR	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				/	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>		

PB	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				/	<table><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB

/200

UPUTNICA ZA

Specijalistički pregled	A	Šifra djelatnosti	Bolničko liječenje	B	Šifra djelatnosti
Dijagnostičku pretragu	C	Šifra djelatnosti	Ambulantno liječenje	D	Šifra djelatnosti

Upućuje se _____
(Naziv ugovorne zdravstvene ustanove ugovornog trgovačkog društva ili ugovorne ordinacije privatne prakse) - mjesto

Uputna dijagnoza _____

Šifra dij. prema MKB

--	--	--	--	--

Molim, traži se _____ Prvi pregled*

Napomena o bolesti _____ Kontrolni pregled*

Napomena o terapiji _____

U _____, _____ 200_____ g. M.P. _____

Datum prvog javljanja osigurane osobe u ugovornu zdravstvenu ustanovu ugovornog trgovačkog društva ili ugovornu ordinaciju privatne prakse: _____

Razlog neprimanja osigurane osobe na liječenje-pregled-dijagnostiku i uputa izabranom doktoru: _____

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____

U _____, _____ 200_____ g. M.P. _____
Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ust. trgovačkog društva odnosno ord. priv. prakse