HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR | Broj osigurane osobe

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i MB osigurane osobe .....

Grad/naselje | Ulica i broj

Kat. osig. | Spol

Drž. osig.

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

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB

_____ /200__

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

OR | _____ / _____

PB | _____ / _____

N A L O G
za sanitetski prijevoz osigurane osobe

DIJAGNOZA: _____ Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdravstvene ustanove trgovačkog društva ili ordinacije privatne prakse - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdravstvene ustanove trgovačkog društva ili ordinacije privatne prakse - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO ☐ PLOVILO ☐ SANITETSKO VOZILO I PLOVILO ☐

BOLESNIK LEŽI ☐ SJEDI ☐ NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI ☐

NAPOMENA: _____

_____

_____

M.P.

U _____ , _____ 200____ . g.

_____

(Potpis i faksimil doktora specijaliste medicine rada)

HZZOZZR
NalSanitetZZR, V1. 0, 01/01/08

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -