

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR <span style="float: right;">Broj osigurane osobe</span>  Broj obveze .....  Ime i prezime .....  Godina rođenja i MB osigurane osobe .....  Grad/naselje <span style="float: right;">Ulica i broj</span>	BAR KOD - - - - -  * 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *  Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table> Šifra ugovornog doktora <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"></table>
Kat. osig. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> Spol <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>  Drž. osig. <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px;"></table> Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO .....	Evidencijski broj i godina priznate OR /PB _____ /200____  Čl. 57. Zak. o zdrav.*    Broj evidencije osig. zašt. zdr. na radu    prijave ozljede/bolesti OR <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>  PB <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> / <table border="1" style="display: inline-table; width: 20px; height: 20px;"></table>

## N A L O G za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

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)

od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ tjedno \_\_\_\_\_ puta

**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)