

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU**

Područna služba HZZOZZR	Broj osigurane osobe	Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse
Broj obveze		
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora
Godina rođenja i MB osigurane osobe		
Grad/naselje	Ulica i broj	

Kat. osig.	Spol	Čl. 57. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO	OR	
		PB	
		Evidencijski broj i godina priznate OR /PB	
/200			

**PUTNI NALOG****U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u \_\_\_\_\_  
naziv zdravstvene ustanove trgovačkog društva ili ordinacije privatne prakse i mjesto

na:

A\* - SPECIJALISTIČKI PREGLED

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

B\* - BOLNIČKO LIJEČENJE

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

C\* - DIJAGNOSTIČKU PRETRAGU

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

D\* - AMBULANTNO LIJEČENJE

Šifra djelatnosti zdrav. zaštite

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva\*\* \_\_\_\_\_

Pratitelj nije - je\* potreban zbog \_\_\_\_\_

U \_\_\_\_\_ g. \_\_\_\_\_  
Potpis doktora specijaliste medicine rada

M.P.

\*zaokružiti potrebno

\*\*navesti vrstu prijevoznog sredstva odobrenu  
od ovlaštenog radnika Zavoda

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene  
zaštite vrijedi za više putovanja (odlazak i povratak).

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU**

Područna služba \_\_\_\_\_

Broj evidencije \_\_\_\_\_

**OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA**

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_ i povratak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa \_\_\_\_\_ iz \_\_\_\_\_

u \_\_\_\_\_ i povratak, IZNOS \_\_\_\_\_ kn

Za isplatu IZNOS \_\_\_\_\_ kn

(slovima \_\_\_\_\_)

U \_\_\_\_\_ g.

Obračunao

Kontrolirao

