

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 *	
Broj obveze		Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva - ordinacije priv. prakse		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Godina rođenja I MB osigurane osobe		Šifra doktora specijaliste		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Grad/naselje		Ulica i broj			
Kat. osig.		Spol		Čl. 57. Zak. o zdrav.*	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/>		osig. zašt. zdr. na radu	
Drž. osig.		Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO		Broj evidencije prijava ozljede/bolesti	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Šifra dij. prema MKB				Evidencijski broj i godina priznate OR /PB	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Rp.

Šifra lijeka	
Cij. orig. pakir. lij. s osnovne l. lij.	
Količina	Cijena usluge
Iznos na teret obv. zdr. osig.	
Šifra ljekarne	
Datum izdavanja lijeka	
Šifra ljekarnika	

U _____

M.P.

_____ 200 _____ g.

Potpis i faksimil doktora spec. medicine rada

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika