

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe																												
Broj obveze Ime i prezime Godina rođenja i MB osigurane osobe Grad/naselje Ulica i broj																													
Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> </tr> </table> Šifra ugovornog doktora <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> <td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td> </tr> </table>																													

Kat. osig.	Spol	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PN TJO	Broj evidencije																	
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr></table>					<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr></table>				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td><td style="width: 12.5%; height: 20px;"></td></tr></table>											
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO																			
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td><td style="width: 25%; height: 20px;"></td></tr></table>																				

PUTNI NALOG

U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala 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 medicine

M.P.

*zaokružiti potrebno
 **navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od ovlaštenog doktora Zavoda _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

***obeznan podatak

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

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana _____ g. bila u _____

(naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse, isporučitelja pomagala i mjesto)

 Šifra zdrav. ustan., ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala

na _____

M.P.

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

Šifra doktora medicine

Broj dnevnika _____ Potpis doktora medicine/ugovornog isporučitelja

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____

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 _____

ZAHTEJEV ZA ISPLATU

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Zahtjevu prilažem: _____ Potpis osigurane osobe

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____	Broj osigurane osobe _____	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																
Broj obveze		Šifra ugovornog doktora <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>																
Ime i prezime		Čl. 113., 118. Broj evidencije Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>PN</td><td>TJO</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>/</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	PN	TJO					/									
PN	TJO						/											
Godina rođenja i MB osigurane osobe																		
Grad/naselje _____ Ulica i broj _____		Kat. osig. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Spol <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td></tr></table>																
Drž. osig. <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____																		

PUTNI NALOG
U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala 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 medicine

*zaokružiti potrebno

M.P.

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od ovlaštenog doktora Zavoda _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

***obvezan podatak

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

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____

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 _____

ZAHTEJV ZA ISPLATU

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Potpis osigurane osobe

Zahtjevu prilažem:

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

