

Tiskanica 1

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
OIB	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

BAR KOD - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse	
Šifra ugovornog doktora	
Šifra doktora specijaliste	
Primama prevencija*	Sekundama prevencija*

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
			PN TJO	/
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
Šifra dij. prema MKB				

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 izabranog doktora

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

Tiskanica 2

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
OIB	
Ime i prezime	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj

BAR KOD - - - - -

* 8 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse									
Šifra ugovornog doktora									
Šifra doktora specijaliste									
Primarna prevencija*		Sekundarna prevencija*							

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra		Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	
				PN TJO		/
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO					
Šifra dij. prema MKB						

Rp.

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

U _____

M.P.

_____ 200 g.

Potpis i faksimil izabranog doktora

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika