

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 1. Područni ured _____ Šifra područnog ureda <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2. Direkcija	<input type="checkbox"/> OVLAŠTENI DOKTOR <input type="checkbox"/> LIJEČNIČKO POVJERENSTVO _____ _____ Klasa: _____ Ur.broj _____ Datum <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
---	--

Na osnovi ovlasti iz članka 11., 12., 13., 14. i 15. Pravilnika o sastavu, ovlastima i načinu rada ovlaštenih doktora i liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ovlašteno doktor/liječničko povjerenstvo daje

NALAZ

MIŠLJENJE

OCJENA

Ovlašteni doktor / Liječničko povjerenstvo:

M.P.

1. _____
Ime, prezime i potpis

Šifra

2. _____
Ime, prezime i potpis

Šifra

3. _____
Ime, prezime i potpis

Šifra

Na znanje:

1. Osiguraniku / osiguranoj osobi
2. Izabranom doktoru

Uputa osiguranoj osobi:

Zbog zaštite svojih prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom ovlaštenog doktora/liječničkog povjerenstva, ima pravo u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku.