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

Kat. osig. | Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

N A L O G
za sanitetski prijevoz osigurane osobe

DIJAGNOZA: _____ - Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO ☐ PLOVILO ☐ SANITETSKO VOZILO I PLOVILO ☐

BOLESNIK LEŽI ☐ SJEDI ☐ NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI ☐

NAPOMENA: _____

_____

_____

M.P.

U _____ , _____ 201____ . g.

_____
(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

HZZO-Direkcija, Zagreb
Nalog_sanitet, V6, 22/12/10

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured — Broj osigurane osobe

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

OIB .....

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje — Ulica i broj

Kat. osig. — Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* — Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PN TJO /

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* — Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

OR PB

N A L O G
za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

DIJAGNOZA: _____ - Šifra dij. prema MKB

P O L A Z I Š T E

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

O D R E D I Š T E

_____

_____

(Mjesto prebivališta, boravka, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

od _____ do _____ tjedno _____ puta

PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO ☐ PLOVILO ☐ SANITETSKO VOZILO I PLOVILO ☐

BOLESNIK LEŽI ☐ SJEDI ☐ NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI ☐

NAPOMENA: _____

_____

_____

M.P.

U _____ , _____ 201 ____ . g.

_____
(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

HZZO - Direkcija, Zagreb
Nalog_sanitet1, V5/ 22/12/10

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

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

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.

Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Uputna dijagnoza _____ . Šifra dijag. prema MKB

Molim, traže se preventivne laboratorijske pretrage osiguranih osoba* Da Ne

M.P.

U _____

M.P.

_____ 201___ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora

HZZO-Direkcija, Zagreb
UputLabPZZ, V13, 22/12/10

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Područni ured

Broj osigurane osobe

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja i
MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdrustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.

Spol

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

UPUTNICA ZA

Specijalistički pregled **A** Šifra djelatnosti

Bolničko liječenje **B** Šifra djelatnosti

Dijagnostičku pretragu **C** Šifra djelatnosti

Ambulantno liječenje **D** Šifra djelatnosti

Upućuje se _____
(Nazivspecijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite)

Šifra dij. prema MKB

Uputna dijagnoza _____

Molim, traži se _____

Jednostavan pregled*

Kompletan pregled*

Napomena _____

U _____, _____ 201____ g.

M.P.

Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe: _____

U _____, _____ 201____ g.

M.P.

Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse

HZZO - Direkcija, Zagreb
Uputnica, V 6 22/12/10

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena

NAZIV OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

.....

Broj obveze:

POTVRDA
o plaći

1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime: ..... Ime: .....

Dan, mjesec, godina rođenja: ..... OIB**:

Broj osigurane osobe u HZZO: MBG ili MB osigurane osobe:

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: d a* - n e*

2. PODACI O IZNOSIMA PLAĆE KOJA JE OSIGURANIKU ISPLAĆENA U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU

tj. u razdoblju od do , a za mjesece: (1)

Isplata (2) izvršena za mj. / god.	Plaća (3)	Isplaćena plaća (4)	Broj sati					
			provedenih na radu u		Odsutnost (5) s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati bolovanja na teret HZZO	Sati prema (6) kalendaru radnog vremena
			punom radnom vremnu	dužem od punog radnog vremena				
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Ukupno:								

3. Osnovicu čini prosječni iznos plaće isplaćene u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi (7) ..... kn po satu - brutto, odnosno (8) ..... kn po satu - netto.

M.P.

U ....., ...20 .....g.

.....
Potpis odgovorne osobe:

Napomena: Za štetu koja bi nastala zbog davanja netočnih podataka odgovara obveznik uplate doprinosa u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju

HZZO - Direkcija, Zagreb
R1.xls V4, 22/12/10

* - potrebno zaokružiti ** - obvezan podatak od 01.01.2011.g.

POPUNJAVA SLUŽBA HRVATSKOG ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

4. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka prema Zakonu o doprinosima koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu tj. u razdoblju

od _____ do _____(1) Iznos od _____ (slovima: _____) kn

utvrđen na osnovi ukupno _____ potvrd-e-a isplatitelja primitaka, koje-u osiguranik prilaže uz ovu potvrdu.

4.1. Prosječni iznos primitaka u kunama po satu - netto:(9) _____ kn.

4.2. Osnovicu čini prosječni iznos plaće i primitaka isplaćenih u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi:(10) _____ kn po satu - netto.

4.3. Iznimno, kad se osnovica za naknadu ne može utvrditi kao prosječna plaća (toč. 4.2.), osnovicu čini posljednja isplaćena ili pripadajuća plaća,

koja iznosi _____ kn po satu - netto (11), s tim da tako utvrđena osnovica ne može biti veća od najniže osnovice osiguranja

koja iznosi _____ kn po satu - netto. (12)

NAPUTAK O NAČINU ISPUNJAVANJA

Potvrda se ispunjava u dva primjerka od kojih jedan zadržava poslodavac. Uz navedeni primjerak poslodavac je obvezan čuvati izvorne podatke na osnovi kojih je izradio ovu potvrdu, kako bi se mogla obaviti provjera podataka.

1. Upisuje se prvi dan prvog mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca s naznakom godine, šestomjesečnog razdoblja.
2. Upisuju se mjeseci s naznakom godine za koje je, u razdoblju pod 1, isplaćena plaća (isplata plaće u tekućem za prethodni, odnosno u tekućem za tekući mjesec).
3. Upisuje se iznos plaće koja je na osnovi ugovora o radu, a prema osnovama i mjerilima koji su utvrđeni općim aktom poslodavca o raspodjeli plaće obračunata radniku za rad u punom, skraćenom i produženom radnom vremenu, naknade plaće isplaćene po odredbama Zakona o radu, naknade plaće isplaćene za bolovanje na teret poslodavca.
4. Upisuje se iznos plaće umanjene za zakonom propisane doprinose, porez i prirez koji se plaćaju iz plaće radnika, isplaćene prema osnovama pod 3.
5. Upisuje se broj sati za koje je radnik opravdano izbivao s radnog mjesta (plaćeni dopust, godišnji odmor, bolovanje na teret poslodavca).
6. Upisuju se sati prema kalendaru radnog vremena poslodavca za mjesec iz stupca 1.
7. Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj ukupno obračunatih plaća podijeli s brojem sati za koje je ta plaća obračunata - stupac (2) : stupac (7).
8. Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj ukupno isplaćenih plaća podijeli s brojem sati za koje je ta plaća isplaćena - stupac (3) : stupac (7).
9. Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni primitak u šestomjesečnom razdoblju (točka 4.) podijeli s brojem sati tog razdoblja, uzimajući za radni tjedan 40 sati.
10. Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (8) i (9).
11. Upisuje se iznos koji se dobije kad se isplaćena plaća ili pripadajuća plaća podijeli s brojem radnih sati za koje je, ili bi bila, ostvarena (članak 41. stavak 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju).
12. Upisuje se iznos koji se dobije kad se najniža osnovica osiguranja, umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu nastanka osiguranog slučaja, podijeli s brojem radnih sati toga mjeseca (članak 41. stavak 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju..

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Prvi dan bolovanja | | | | | | | | Prvi dan nastavnog bolovanja | | | | | | | | Zadnji dan bolovanja | | | | | | | |

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO | | | | | | / Broj evidencije prijave ozljede/bolesti | | |

Početna dijagnoza (šifra MKB) | | | . | |

Komorbiditetne dijagnoze (šifra MKB) | | | . | | | | . | |

Završna dijagnoza (šifra MKB) | | | . | |

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB | | | | | | Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti | | | | | | |

1. Šifre uzroka bolovanja

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	Ozljeda na radu	Profesionalna bolest	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji			Komplik. u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 113., 118. Zakona)	
							Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. god. života djeteta	Od 7. god. života djeteta i njega supružnika				
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	G0	H1	da*	ne*

Satni iznos osnovice za određivanje naknade plaće iznosi _____ kn.

Datum isplate	Šifra bolesti	Isplata izvršena za vrijeme				% od osnovice	Satni iznos naknade	Iznos kn	Kontrolirao (potpis)
		od	do	Broj dana	Broj sati				
			Ukupno:						

Potpis odgovorne osobe

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured: .....

.....

POTVRDA O OSNOVICAMA OSIGURANJA

1. PODACI O OSIGURANIKU - obvezniku uplate doprinosa

Prezime: ..... Ime: .....

Broj osigurane osobe u HZZO: OIB**:

Broj obveze: MBG ili MB osigurane osobe:

Osiguranik individualne kapitalizirane štednje - II stup mirovinskog osiguranja: *da** - *ne**

2. PODACI O OSNOVICAMA OSIGURANJA NA OSNOVI KOJIH JE OSIGURANIK BIO OSIGURAN U POSLJEDNJIH ŠEST MJESECI PRIJE MJESECA U KOJEM JE NASTUPIO SLUČAJ NA OSNOVI KOJEG SE STJEČE PRAVO NA NAKNADU

tj. u razdoblju od do (1), odnosno u mjesecima:

Osnovica (2) osiguranja za mj. / god.	Iznos (3) osnovice osiguranja	Ukupno obračunat porez, prirez i doprinos	Datum uplate doprinosa	Iznos (4) osnovice osiguranja -netto-	Dani bolovanja na teret HZZO	Radni dani (5) u kalendarskom mjesecu
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Ukupno:						

Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja na osnovi kojih je u posljednjh šest mjeseci osiguranik bio obvezan obračunati i platiti doprinos za zdravstveno osiguranje, umanjenih za zakonom propisane poreze, prireze i doprinose,

a koja iznosi .....(6) kn po danu, odnosno najniža osnovica osiguranja (čl. 88 Pravilnika),

a koja iznosi .....(7) kn mjesečno - brutto, odnosno .....kn po danu- netto. (8)

3. Podatak o ukupnom iznosu drugog dohotka prema Zakonu o doprinosima koji je osiguraniku isplaćen u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu,

tj. u razdoblju od .....do .....: (1)

Iznos od ..... (slovima .....) kn

utvrđen na osnovi ukupno ..... potvrd-e-a isplatitelja primitaka, koje-u osiguranik prilaže uz ovu potvrdu.

3.1. Prosječni dnevni iznos primitaka u kunama: .....(9)

3.2. Osnovicu čini prosječni iznos osnovica osiguranja i primitaka isplaćenih u posljednjih šest mjeseci,

a koja iznosi ..... kn po danu netto.(10)

M.P.

U ....., ...20 .....g. .....

Potpis odgovorne osobe

NAPUTAK O NAČINU ISPUNJAVANJA

Potvrdu ispunjava u dva primjerka ovlaštena osoba u službi za obračun bolovanja HZZO-a, od kojih jedan primjerak dostavlja osiguraniku.

1. Upisuje se prvi dan prvog mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca, s naznakom godine, šestomjesečnog razdoblja.
2. Upisuju se mjeseci, s naznakom godine, za koje je u razdoblju pod (1) utvrđena osnovica osiguranja osiguranika.
3. Upisuje se osnovica osiguranja na koju je osiguranik osiguran.
4. Upisuje se osnovica osiguranja umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez (stupac 2 - stupac 3).
5. Upisuju se svi dani u mjesecu, osim nedjelja (čl. 86. Pravilnika).
6. Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj osnovica osiguranja podijeli s ukupnim brojem radnih dana (stupac 5 : stupac 7).
7. Upisuje se najniža osnovica osiguranja koja služi za obračun doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu u kojem je nastupio osigurani slučaj.
8. Upisuje se iznos koji se dobije kad se osnovica pod (7), umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prirez, podijeli s brojem radnih dana mjeseca na koji se odnosi.
9. Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni drugi dohodak u šestomjeseènom razdoblju (**toč. 3**) podijeli s brojem dana tog razdoblja, uzimajuæi za tjedan šest radnih dana.
10. Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (6) i iznosa pod (9).

HZZO - Direkcija, Zagreb
PotOsn.cdr V4, 22/12/10

* - potrebno zaokružiti ** - obvezan podatak od 01.01.2011.g.

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZNOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Prvi dan bolovanja

Prvi dan nastavnog bolovanja

Zadnji dan bolovanja

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Početna dijagnoza (šifra MKB)

Komorbiditetne dijagnoze (šifra MKB)

Završna dijagnoza (šifra MKB)

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

1. Šifre uzroka bolovanja

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	Ozljeda na radu	Profesionalna bolest	Izolacija	Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu	Pratnja	Njega člana obitelji			Komplik. u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 113., 118. Zakona)	
							Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. god. života djeteta	Od 7. god. života djeteta i njega supružnika				
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	G0	H1	da*	ne*

Dnevni iznos osnovice za određivanje naknade plaće iznosi_____ kn.

Datum isplate	Šifra bolesti	Isplata izvršena za vrijeme			% od osnovice	Dnevni iznos naknade	Iznos kn	Kontrolirao (potpis)
		od	do	Broj dana				
			Ukupno:					

Potpis odgovorne osobe

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured — Broj osigurane osobe

OIB .....

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i MB osigurane osobe .....

Grad/naselje — Ulica i broj

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE

Šifra zdravstvene ustanove-ordinacije privatne prakse: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐

Šifra doktora medicine ☐☐☐☐☐☐☐

Država ☐☐☐ — Spol M Ž — Kat. osig. ☐☐☐

IZVJEŠĆE O BOLOVANJU

1. ŠIFRE UZROKA BOLOVANJA

Bolest	Transpl. u korist druge osigurane osobe	Ozljeda na radu 1)	Profesionalna bolest 2)	Izolacija	Posljedice sudjelov. u Domov. ratu 3)	Pratnja	Njega člana obitelji: Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. god. života djeteta	Od 7. god. života djeteta i njega supružnika	Komplik. u svezi trudnoće i porođaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 113., 118. Zakona)	
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	G0	H1	da*	ne*

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime _____

Adresa

Ulica i broj _____ Naziv mjesta/općine/grada _____

Dan, mjesec i godina rođenja ☐☐☐☐☐☐☐☐ — _____ Srodstvo — Šifra ☐☐

1B. PODACI O BOLOVANJU

Šifra uzroka bolovanja ☐☐ — Šifra MKB — početna ☐☐☐.☐ — završna ☐☐☐.☐ — Komorbiditetne šifre ☐☐☐.☐ ☐☐☐.☐

Datum bolovanja

prvi ☐☐☐☐☐☐☐☐ — nastavni 4) ☐☐☐☐☐☐☐☐

posljednji ☐☐☐☐☐☐☐☐

Bolovanje korišteno na osnovi:

Klasa: _____ 7)

Ur. br.: _____ 8)

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* — PN TJO ☐☐☐☐ / ☐☐ — Broj evidencije prijave ozljede/bolesti 6)

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* — OR PB ☐☐☐☐☐☐ — Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti ☐☐☐☐☐☐

Datum: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Čl. 40. st. 1 _____ Zakona *da* - ne**

Trajanje bolovanja	Od	Do	Broj sati u tijeku dana 5)
	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐	☐

M.P. _____ Potpis i faksimil doktora medicine — ☐☐☐☐☐☐☐☐ Datum

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Bolovanje		Broj		Osnovica za obračun	Obračun za isplatu		
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno
☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐						
☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐						
☐☐☐☐☐☐☐☐	☐☐☐☐☐☐☐☐						

Obveznik uplate doprinosa je isplatio naknadu plaće dana ☐☐☐☐☐☐☐☐ M.P. _____ Potpis

Navedeni podaci daju se pod materijalnom i kaznenom odgovornošću.

3. KONTROLA OBRAČUNA U HZZO

Obračunao:	Kontrolirao:

U _____, _____ god.

Legenda:
1) i 2) - zaokružiti na osnovi ovjerene prijave o priznatoj ozljedi na radu ili profesionalne bolesti ili rješenja Zavoda
3) - zaokružiti samo na osnovi rješenja Zavoda
4) - upisuje se prvi dan nastavnog bolovanja
5) - popunjava se kada bolovanje traje samo jedan dan
6) - upisuje se evidencijski broj ostalih ozljeda/bolesti
7) - upisuje se iz tiskanice nalaza, mišljenja i ocjene ovlaštenog dokto
8) - upisuje se evidencijski broj iz ovjerene tiskanice o priznatoj ozljed radu ili profesionalnoj bolesti, odnosno iz rješenja Zavoda

* zaokružiti odgovarajuće

HZZO - Direkcija, Zagreb
Doznaka, V5, 22/12/10

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

Naziv zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse

_____

OBAVIJEST
o trajanju bolovanja

Nalazi se na bolovanju od _ _ _ _ _ _ _ _ do _ _ _ _ _ _ _ _ i dalje

zbog _ _ _
Šifra uzroka bolovanja

Ova obavijest izdaje se na zahtjev imenovan-e / og (dan, mjesec i god. rođenja: _ _ _ _ _ _ _ _)
radi obračuna naknade plaće u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja i u druge svrhe ne može se upotrijebiti.

U_____, _____ 201____ g. M.P.

_____
Potpis I faksimil doktora medicine

HZZO - Direkcija, Zagreb
ObavTrBol V3, 22/12/10

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

Broj osigurane osobe

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

Kat. osig.

Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* PNTJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* ORPB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

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.

M.P.

Potpis doktora medicine

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

*zaokružiti potrebno
**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva PU-a Zavoda
***obvezan podatak

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

HZZO-Direkcija, Zagreb
PutNalJ1, V4, 22/12/10

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)

na _____

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

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 _____

ZAHTJEV 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)

NARODNE NOVINE
SLUŽBENI LIST REPUBLIKE HRVATSKE

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured — Broj osigurane osobe

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

OIB* .....

Šifra ugovornog doktora

Ime i prezime .....

Godina rođenja i
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje — Ulica i broj

Kat. osig. — Spol

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 _____

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.** — Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

OR PB

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. _____
Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

*obvezan podatak od 1. siječnja 2011.god.
**zaokružiti potrebno
***navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva PU-a Zavoda
****obvezan podatak

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

HZZO - Direkcija, Zagreb
PutNal2, V4, 22/12/10

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 _____

ZAHTJEV 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)

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba bila u _____ (naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto) [| | | | | | | | |] Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv. prakse ili isporučitelja pomagala na _____

Datum	Broj dnevnika	Šifra doktora medicine	Faksimil i potpis	M.P.	Datum	Broj dnevnika	Šifra doktora medicine	Faksimil i potpis	M.P.