

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PODRUČNI URED _____ Broj područnog ureda <input style="width: 50px;" type="text"/>	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat) Šifra ustanove - ordinacije <input style="width: 100px;" type="text"/>
--	--

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	MBG/MB <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž Spol
OIB* <input style="width: 100px;" type="text"/>		
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 100px;" type="text"/>	Osnova osiguranja <input style="width: 50px;" type="text"/>	Država <input style="width: 50px;" type="text"/>
Čl. 24.a, st. 1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.*		Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti
<input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PB	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>
Ime i prezime _____		

**NALOG Broj _____
ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI**

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od <input style="width: 50px;" type="text"/>	do <input style="width: 50px;" type="text"/>	tjedno _____ puta
Prvi put <input type="checkbox"/> Nastavno <input type="checkbox"/>		
Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja		
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		
Dijagnoza: _____	<input style="width: 50px;" type="text"/> Šifra MKB	
Obrazloženje		
U _____ dne _____ 20__ g.		
M.P. _____		<input style="width: 50px;" type="text"/> Šifra
Potpis i faksimil izabranog doktora		

