

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

<b>Regionalni ured</b>	<b>Područna služba</b>	* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *
<b>OIB</b> .....		Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse u kojoj se propisuje recept
<b>Ime i prezime</b> .....		.....
<b>Datum rođenja</b> .....		.....
<b>Adresa osig. osobe</b>	<b>Ulica i broj</b>	.....
<b>Grad/naselje</b> .....		.....

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartá ZO ili certifikata				Šifra ugovornog doktora
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
Šifra dij. prema MKB	Zak. o obv. zdr. osig.*		OR PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti	Šifra doktora specijaliste
<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
					Primarna prevencija* <input type="text"/>
					Sekundarna prevencija* <input type="text"/>

Rp.

Šifra lijeka

Cij. orig. pakir. lij. s osnovne I. lij.

Količina      Cijena usluge

Iznos na teret obv. zdr. osig.

Šifra ljekarne

Datum izdavanja lijeka

Šifra ljekarnika

U \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 201\_\_ g.

M.P.

Vlastoručni potpis i faksimil ovlaštene osobe koja je lijek propisala te pečat ordinacije

HZZO-Direkcija, Zagreb  
ReceptOsn, V15, 23/10/2013

\* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen  
Tiskanica zaštićena

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika