

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

BAR KOD - - - - -

* 8 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Regionalni ured	Područna služba
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	Ulica i broj
Grad/naselje	
Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse u kojoj se propisuje recept	

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
			PNTJO		
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata				Šifra ugovornog doktora
Šifra dij. prema MKB	Zak. o obv. zdr. osig.*				Šifra doktora specijaliste
	PB OR			Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti	
					Primarna prevencija*
					Sekundarna prevencija*

Rp.

U _____ M.P.

_____ 201__ g.

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

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	

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika
