


Regionalni ured MBO OIB Ime i prezime Datum rođenja Adresa osig. osobe Grad/naselje Ulica i broj	 Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje BAR KOD - - - - - * 0 1 3 9 7 7 1 1 4 * Šifra zdruzanove - ordinacije priv. prakse <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Šifra ugovornog doktora <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> Šifra doktora specijaliste <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																														
Kat. osig. <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Spol <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table> U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PN TJO <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td></tr></table>																								
Drž. osig. <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO				OR PB <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti																											

UPUTNICA ZA

Konzilijarna zdravstvena zaštita A <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Bolničko liječenje B <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
Specijalistička zdravstvena zaštita C <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Ambulantno liječenje D <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

Upućuje se _____ (Nazivspecijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite)

Uputna dijagnoza _____

Molim, traži se _____

Šifra dij. prema MKB

--	--	--	--	--

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



Regionalni ured _____ Područna služba _____

MBO

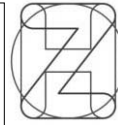
OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____



**Hrvatski
 zavod za
 zdravstveno
 osiguranje**

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kat. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		PN TJO <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>							
Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Broj boles. lista INO, broj putovnice, europske kartice ZO _____	OR PB <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											
		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											

**UPUTNICA ZA LABORATORIJ
 PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Uputna dijagnoza _____

Šifra dijag. prema MKB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

U _____

_____ 201__ g.

M.P.

 Potpis i faksimil izabranog doktora



Regionalni ured	Područna služba
MBO	
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	Ulica i broj
Grad/naselje	

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdravstvene ustanove-ordinacije privatne prakse:

Šifra doktora medicine:

Šifra djelatnosti izabranog doktora:

Država:

Spol: M Ž

Kat. osig.:

IZVJEŠĆE o privremenoj nesposobnosti / spriječenosti za rad

1. ŠIFRE UZROKA PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI / SPRIJEČENOSTI ZA RAD

Bolest	Transp. u korist druge osigurane osobe	1) Ozljeda na radu	2) Profesionalna bolest	3) Izolacija	Posljedice sudjelov. u Domov. ratu	Pratnja	Njega člana obitelji				Komplik. u svezi trudnoće i porodaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Čl. 139., 141. Zakona)	
							Do 3. g. života djeteta	Od 3. do 7. g. života djeteta	Od 7. do 18. g. života djeteta	Od 18. g. života djeteta i njega supružnika			da*	ne*
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1	da*	ne*

1A. PODACI O KORISNIKU NJEGE I PRATNJE

Prezime i ime

MBO

OIB

Dan, mjesec i godina rođenja:

Srodstvo

Šifra:

1B. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI ZA RAD

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi ⁴⁾

Datum privremene nesposobnosti za rad ⁵⁾

prvi:

posljednji:

Privremena spriječenost korištena na osnovi: ⁸⁾

Klasa:

Ur. br.:

Primjena čl. 52. st.3. Zakona da* - ne* ⁶⁾

Datum:

Trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za tekući mjesec

od:

do:

Broj sati ⁷⁾ u tjeku dana:

Čl. 53. st.1 Zakona da* ¹¹⁾

Broj evidencije ⁹⁾ Prijave ozljede/bolesti:

OR/PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti:

M.P.

2. OBRAČUN NAKNADE PLAĆE OSIGURANIKU

Potpis i faksimil doktora medicine

Datum

Privremena nesposobnost / spriječenost za rad		Broj		Osnovica za obračun	Obračun za isplatu		
Od	Do	Dana	Sati	Po satu	%	Po satu	Ukupno
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						

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: <input type="text"/>	Kontrolirao: <input type="text"/>
---------------------------------	-----------------------------------

U _____, _____ g.

HZZO - Direkcija, Zagreb
Doznaka, V8, 14/04/2014



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 datum kada je utvrđena privremena nesposobnost za rad zbog određene dijagnoze bolesti za konkretnu privremenu nesposobnost, neovisno kada je doktor utvrdio kod osiguranika navedenu dijagnozu bolesti
- 5) - upisuje se datum kada je po istoj dijagnozi bolesti (ista šifra po MKB-u) u roku od 30 dana ponovno utvrđena privremena nesposobnost za rad
- 6) - **zaokružiti da*** kada je osiguraniku privremena nesposobnost za rad utvrđena neprekidno u trajanju od 18 meseci po istoj dijagnozi bolesti zbog: liječenja zloćudnih bolesti, osiguraniku kojem je odobrena njega člana obitelji - djeteta oboljelog od zloćudne bolesti, osiguraniku čija je privremena nesposobnost u vezi s provođenjem hemodijalize ili peritonejske dijalize te čija je privremena nesposobnost u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskog tijela
- **zaokružiti ne*** nakon 18 meseci neprekidne privremene nesposobnosti za rad po istoj dijagnozi bolesti, ako se ne radi o nekom od prethodno navedenih slučajeva
- 7) - popunjava se kada privremena nesposobnost za rad traje samo jedan dan ili više dana ali nekoliko sati u danu (obvezno se izdaje novo Izvješće kada se mijenja broj sati privremene nesposobnosti za rad)
- 8) - upisuje se kada potrebno trajanje privremene sprječivosti za rad određuje liječničko povjerenstvo Zavoda (njega djeteta do 18 godine života)
- 9) - upisuje se evidencijski broj ostalih ozljeda/bolesti
- 10) - upisuje se evidencijski broj iz ovjerene tiskanice o priznatoj ozljedi na radu ili profesionalnoj bolesti, odnosno iz rješenja Zavoda
- 11) - **zaokružiti da*** kada osiguranik nema pravo na naknadu plaće, ako:
1. je svjesno prouzročio privremenu nesposobnost,
 2. ne izvjesti izabranog doktora da je obolio u roku od tri dana od dana početka bolesti, odnosno u roku od tri dana od dana prestanka razloga koji ga je u tome onemogućio,
 3. namjerno sprječava ozdravljenje, odnosno osposobljavanje za rad,
 4. za vrijeme privremene nesposobnosti za rad radi, odnosno obavlja poslove osnovom kojih je obvezno zdravstveno osiguran, obavlja ugovorene poslove temeljem ugovora o djelu te bilo koje druge poslove (npr. poljoprivredni radovi i sl.),
 5. se bez opravdanog razloga ne odazove na poziv za liječnički pregled izabranog doktora, odnosno doktora kontrolora Zavoda ili tijela Zavoda ovlaštenog za kontrolu privremene nesposobnosti,
 6. izabrani doktor, doktor kontrolor ili tijelo Zavoda ovlašteno za kontrolu privremene nesposobnosti utvrde da se ne pridržava uputa za liječenje, odnosno bez suglasnosti izabranog doktora otpuťuje iz mjesta prebivališta, odnosno boravišta ili zlorabi privremenu nesposobnost na neki drugi način.

OBAVIJEST ZA POSLODAVCA

Osiguraniku kojem u istom mjesecu mogu biti izdana dva ili više Izvješća o privremenoj nesposobnosti za rad **ne utvrđuje se nova osnovica** za obračun naknade plaće već se primjenjuje ista osnovica ako nije bilo niti jednog dana prekida u privremenoj nesposobnosti za rad, odnosno ako se datumi na Izvješćima pod rubrikom "Trajanje privremene nesposobnosti za rad za tekući mjesec" nastavljaju bez dana prekida.

Osiguraniku koji se liječi po istoj dijagnozi bolesti (ista šifra po MKB-u), a u tijeku liječenja dođe do prestanka privremene nesposobnosti za rad, **ne utvrđuje se nova osnovica** za naknadu plaće ako mu se ponovno utvrdi privremena nesposobnost za rad u razdoblju od najduže 30 kalendarskih dana zbog iste dijagnoze bolesti, što znači da će se datumi kada je prvi puta utvrđena privremena nesposobnost za rad po određenoj dijagnozi bolesti i prvi dan ponovno utvrđene privremene nesposobnosti za rad razlikovati.

VAŽNO - Nakon 18 mjeseci neprekidne privremene nesposobnosti za rad po istoj dijagnozi bolesti, osiguranik ostvaruje pravo na naknadu plaće u iznosu 50% zadnje isplaćene naknade plaće, a navedeno razdoblje se računa od datuma upisanog pod rubrikom "Datum početka privremene nesposobnosti po istoj dijagnozi".

U slučaju kada doktor primarne zdravstvene zaštite **zaokružiti da*** u rubrici "Primjena članka 52. stavka 3. Zakona," ne primjenjuje se navedeno pravilo već se osiguranicima obračunava naknada plaće kao i prije navršanih 18 mjeseci privremene nesposobnosti za rad po istoj dijagnozi.

Regionalni ured

Područna služba



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

**POTVRDA
o osnovicama osiguranja**

1. PODACI O OSIGURANIKU - obvezniku uplate doprinosa

Prezime: Ime:

OIB: [.....]

Broj obveze: [.....] MBO 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 [.....] odnosno u mjesecima: ⁽¹⁾

Osnovica ⁽²⁾ osiguranja za mj. / god.	Iznos ⁽³⁾ osnovice osiguranja	Ukupno obračunat porez, prizrez i doprinos	Datum uplate doprinosa	Iznos ⁽⁴⁾ osnovice osiguranja -netto-	Dani privremene nesposobnosti za rad 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 posljednjih šest mjeseci osiguranik bio obavezan obračunati i platiti doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje, umanjениh za zakonom propisane poreze, prizreze i doprinose,

a koja iznosi⁽⁶⁾ kn po danu, odnosno najniža osnovica osiguranja (čl. 75. 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 potvrđ-e-a isplattelja 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⁾

U 20g.

M.P.

Polpis odgovorne osobe

NAPUTAK O NAČINU ISPUNJAVANJA

Potvrdu ispunjava u dva primjerka ovlaštena osoba u službi za obračun naknade plaće tijekom privremene nesposobnosti za rad HZZO-a, od kojih jedan primerak dostavlja osiguraniku.

- Upisuje se prvi dan prvog mjeseca i posljednji dan posljednjeg mjeseca, s naznakom godine, šestomjesečnog razdoblja.
- Upisuju se mjeseci, s naznakom godine, za koje je u razdoblju pod (1) utvrđena osnovica osiguranja osiguranika.
- Upisuje se osnovica osiguranja na koju je osiguranik osiguran.
- Upisuje se osnovica osiguranja umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prizrez (stupac 2 - stupac 3).
- Upisuju se svi dani u mjesecu, osim nedjelja.
- Upisuje se iznos koji se dobiva kada se zbroj osnovica osiguranja podijeli s ukupnim brojem radnih dana (stupac 5 : stupac 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.
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se osnovica pod (7), umanjena za zakonom propisane doprinose, porez i prizrez, podijeli s brojem radnih dana mjeseca na koji se odnosi.
- Upisuje se iznos koji se dobije kad se ukupno ostvareni drugi dohodak u šestomjesečnom razdoblju (toč. 3) podijeli s brojem dana tog razdoblja, uzimajući za tjeđan šest radnih dana.
- Upisuje se iznos koji se dobije zbrajanjem iznosa pod (6) i iznosa pod (9).



EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi	Datum privremene nesposobnosti za rad prvi posljednji	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ 	PN TJO _ _ _ _ _ _ _ / _ _
		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
		OR PB _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

1. Šifre uzroka privremene nesposobnosti za rad

Bolest	Transp. 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 porodaja	Rodiljni dopust	Ostale ozljede (Cl. 139, 141. Zakona)	
							Do 3. god. života djeteta	Od 3. do 7. godina života djeteta	Od 7. do 18. godina života djeteta	Od 18 god. života djeteta i njega supružnika			da*	ne*
A0	A1	B0	C0	D0	DR	E0	F1	F2	F3	F5	G0	H1		

Dnevni iznos osnovice za određivanje naknade plaće iznosi _____ kn.

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

NAZIV OBVEZNIKA UPLATE DOPRINOSA

Broj obveze:



**Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje**

**POTVRDA
o plaći**

1. PODACI O OSIGURANIKU

Prezime: Ime:

Dan, mjesec, godina rođenja: OIB:

MBO osigurane osobe:

Osigurani 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

ti, u razdoblju od do , a za mjesec: ⁽¹⁾

Isplata ⁽²⁾ izvršena za mj. / god.	Plaća ⁽³⁾	Isplaćena ⁽⁴⁾ plaća	Broj sati								
			provedenih na radu u		Odsutnost ⁽⁵⁾ s rada s pravom na naknadu plaće po ZOR-u	Ukupno sati	Sati privremene naspobnosti na teret HZZO	Sati prema ⁽⁶⁾ kalendaru radnog vremena			
1.	2.	3.	punom radnom vremenu:	dužem od punog radnog vremena:					4.	5.	6.
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 ,20g.

.....
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



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 _____ potvrđ-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 POPUNJAVANJA

Potvrta se ispunjava u dva primjerka od kojih jedan zadržava poslodavac. Uz navedeni primjerak poslodavac je obavezan 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. Upisuje se mjeseci s naznakom godine za koje je, u razdoblju pod 1, isplaćena plaća (ispata 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 tijekom privremene nesposobnosti za rad.
4. Upisuje se iznos plaće umanjene za zakonom propisane doprinose, porez i pririz koji se plaćaju iz plaće radnika, isplaćene prema osnovama pod 3.
5. Upisuje se broj sati za koje je radnik opravdano izbio s radnog mjesta (plaćeni dopust, godišnji odmor, privremena nesposobnost za rad koja tereti sredstva poslodavca).
6. Upisuje 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 II pripadajuća plaća podijeli s brojem radnih sati za koje je, ili bi bila, ostvarena (članak 54. 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 pririz, važeća za mjesec koji prethodi mjesecu nastanka osiguranog slučaja, podijeli s brojem radnih sati toga mjeseca (članak 54. stavak 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju).

EVIDENCIJSKI LIST O IZVRŠENIM ISPLATAMA PO ZAKONU O OBVEZOM ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU

Datum početka privremene nesposobnosti po određenoj dijagnozi, Datum privremene nesposobnosti za rad prvi, posljednji, Broj evidencije prijave ozljede/bolesti, Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti, 1. Šifre uzroka privremene nesposobnosti za rad, Table with columns: Bolest, Transp. u korist druge osigurane osobe, Oziжда na radu, Profesionalna bolest, Izolacija, Posljedice sudjelovanja u Domovinskom ratu, Pratljna, Njega člana obitelji (F1-F5), Komplj. u svezi trudnoće i porodajaja, Rodiljni dopust, Ostale ozljede (Cl. 139., 141. Zakona), Datum isplate, Isplata izvršena za vrijeme (od, do, Broj dana, Broj sati), % od osnovice, Satni iznos naknade, Iznos kn, Kontrolirao (potpis), Ukupno, Potpis odgovorne osobe

Regionalni ured	Područna služba
MBO	
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj



**Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje**

Naziv zdravstvene ustanove
- ordinacije privatne prakse

OBAVIJEST o trajanju privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

Predviđeno trajanje privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad

od do

Ova obavijest izdaje se na zahtjev imenovan-e / og (dan, mjesec i god. rođenja:)

u skladu sa Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju.

U _____, _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis I faksimil doktora medicine



Regionalni ured _____ Područna služba _____

MBO _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

BAR KOD - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kat. osig. Spol

Drž. osig.

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

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti /

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

PN TJC

OR PB

NALOG za sanitetski prijevoz osigurane osobe


DIJAGNOZA: _____

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - potpuna adresa)</p>	
ODREDIŠTE	
<p>_____</p> <p>_____</p> <p>(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - potpuna adresa)</p> <p>Datum: _____</p> <p>Broj prijeđenih kilometara _____ km (Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)</p> <p>od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> tjedno _____ puta</p>	
<p>PRIJEVOZNO SREDSTVO: SANITETSKO VOZILO <input type="checkbox"/> PLOVILO <input type="checkbox"/> SANITETSKO VOZILO I PLOVILO <input type="checkbox"/></p>	
<p>BOLESNIK LEŽI <input type="checkbox"/> SJEDI <input type="checkbox"/> NE SMIJE SE SAMOSTALNO KRETATI <input type="checkbox"/></p>	
<p>VRIJEDI ZA VIŠE PUTOVANJA <input type="checkbox"/> VRIJEDI ZA JEDNO PUTOVANJE (odlazak i povratak) <input type="checkbox"/></p>	
<p>NAPOMENA: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>U _____, _____ 201_____ . g. _____ M.P. _____</p> <p style="text-align: right;">(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)</p>	



Regionalni ured _____ Područna služba _____ MBO OIB Ime i prezime Datum rođenja Adresa osig. osobe Grad/naselje _____ Ulica i broj _____	BAR KOD - - - - - * 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *	 Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> Šifra ugovornog doktora <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
Kat. osig. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Spol <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Drž. osig. <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PNTJQ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	OR PB <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>

NALOG za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

DIJAGNOZA: _____

-
 Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - **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)



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

RUP/PS _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Broj evidencije _____

Za osiguranu osobu _____

Prijevoz sa _____ iz _____ kn
u _____ i povatak, IZNOS _____ kn
Za pratitelja _____

Prijevoz sa _____ iz _____ kn
u _____ i povatak, IZNOS _____ kn
Za isplatu IZNOS _____ kn
(slovima _____)
U _____, _____ g.

Obračunao _____ Kontrolirao _____

ZAHTEJ ZA ISPLATU NAKNADE

Molim da mi se naknada za troškove prijevoza isplati na: tekući račun kućnu adresu


Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Zahjev priložen:
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)

Potpis osigurane osobe _____



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse _____
Šifra ugovornog doktora _____
Šifra doktora specijaliste _____

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti _____

Evidencijski broj prizimate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

Kat. osig. _____ Spol _____ Drž. osig. _____

PN | TJO _____

OR | PB _____

Šifra djeletnosti _____

Bolničko liječenje _____ B _____

Šifra djeletnosti _____

Ambulantno liječenje _____ D _____

Šifra dg. prema MKB _____

PUTNI NALOG ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto *

Konzilijarna zdravstvena zaštita _____
A _____ B _____

Specijalistička zdravstvena zaštita _____
C _____ D _____

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj*** _____ potreban zbog _____

U _____ g. _____ M.P. _____

*obavezan podatak _____ Potpis doktora medicine _____
**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RUP/PS Zavoda _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda _____
***upisati JE ili NIJE _____

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



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Regionalni ured _____ Područna služba _____

MBO _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse _____

Šifra ugovornog doktora _____

Šifra doktora specialiste _____

Kat. osig. _____ Spol _____ Dž. osig. _____

PNJJO _____

ORPB _____

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica zdravstvenog osiguranja _____

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti _____

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

**PUTNI NALOG
ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto* _____

Konzilijama zdravstvena zaštita _____ Šifra djelatnosti _____

Specijalistička zdravstvena zaštita _____ Šifra djelatnosti _____

Bolničko liječenje _____ Bolničko liječenje _____

Ambulantno liječenje _____ Ambulantno liječenje _____

Šifra dg. prema MKB _____

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj*** _____ potreban zbog _____

U _____ g. _____ M. P. _____

*obvezan podatak _____ Potpis doktora medicine _____

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RUIPS Zavoda _____ Potpis ovlaštenog radnika Zavoda _____

***upisati JE ili NIJE _____

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

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu _____

Prijevoz sa _____ iz _____ kn

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja _____

Prijevoz sa _____ iz _____ kn

u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____ g. _____

Obračunao _____ Kontrolirao _____

ZAHTEJEV ZA ISPLATU NAKNADE

Molim da mi se naknada za troškove prijevoza isplati 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 prilažam:

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)

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

