

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured

Područna služba

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe

Grad/naselje

Ulica i broj


**Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje**

BAR KOD - - - - -

* 8 1 3 9 7 7 1 1 4 *

 Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene
 ustanove - ordinacije privatne prakse u
 kojoj se propisuje recept

.....

.....

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra doktora specijaliste

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

Primarna
prevencija*

--	--

Sekundarna
prevencija*

--	--

Kat. osig.

Spol

U cijelosti pokriva obvezno
zdravstveno osiguranje
šifraZak. o obv.
zdr. osig.*Broj evidencije
prijava ozljede/bolesti

P	N	T	J	O							
---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

Drž. osig.

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

Šifra dij. prema MKB

Zak. o obv. zdr. osig.*

P	B	O	R
---	---	---	---

Evidencni broj priznate ozljede
na radu / profesionalne bolesti

Rp.

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

U

M.P.

201__ g.

 Vlastoručni potpis i faksimil ovlaštene osobe
 koja je lijek propisala

 HZZO-Direkcija, Zagreb
 ReceptDop, V16, 06.06.2014

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika


 Pretisak zabranjen
 Tiskanica zaštićena

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -