

Podaci o osiguranoj osobi

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

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

			M	Ž			
Država			Spol		Kat. osig.		

Podaci o osiguranoj osobi članu obitelji osiguranika (supružnik, dijete do 18. g.)

Prezime i ime .....	
MBO .....	OIB .....
Dan, mjesec i godina rođenja	Adresa
	Grad/naselje
	Ulica i broj

UPUTNICA liječničkom povjerenstvu  
broj .....

Dijagnoza bolesti .....	Šifra MKB
1. Odobrenje:	
<input type="checkbox"/> a) privremene nesposobnosti za obavljanje ugovorenih poslova	<input type="checkbox"/> c) fizikalne terapije u kući
<input type="checkbox"/> b) privremene spriječenosti za rad radi njege djeteta do 18. godine	<input type="checkbox"/> d) bolničke medicinske rehabilitacije
2. Stručno-medicinsko vještačenje o:	
<input type="checkbox"/> a) privremenoj nesposobnosti za rad po utvrđivanju njezinog prestanka	<input type="checkbox"/> c) ozljedi na radu
<input type="checkbox"/> b) nesposobnosti za samostalan život i rad člana obitelji	<input type="checkbox"/> d) profesionalnoj bolesti
3. Odobrenje prava s osnova roditeljskih i roditeljskih potpora:	
<input type="checkbox"/> a) produženje roditeljskog dopusta (prerano rođeno dijete)	<input type="checkbox"/> c) drugo .....
<input type="checkbox"/> b) njega djeteta do 3. godine života (rad s polovicom punog radnog vremena)	
Obrazloženje:	
M. P.	
U ....., 201. g.	Šifra izabranog doktora
Potpis i faksimil izabranog doktora / ime, prezime i potpis službene osobe Zavoda	
Prilog:	
Medicinska dokumentacija iz članka 10. Pravilnika o ovlastima, obvezama i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje	



<p>HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</p> <p>1. Regionalni ured _____</p> <p>Šifra regionalnog ureda <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p> <p>2. Direkcija</p>					<p>LJEČNIČKO POVJERENSTVO</p> <p>Vijeće _____</p> <p>_____</p> <p>KLASA: _____ Datum _____</p> <p>URBROJ: _____ <table style="display: inline-table; border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr></table></p>								

Na osnovi ovlasti iz Pravilnika o ovlastima, obvezama i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje liječničko povjerenstvo daje

<b>NALAZ</b>
<b>MIŠLJENJE</b>
<b>OCJENU</b>

Liječničko povjerenstvo:

	1. _____	<table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>								
	Ime, prezime i potpis	Šifra								
M. P.	2. _____	<table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>								
	Ime, prezime i potpis	Šifra								
	3. _____	<table style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>								
	Ime, prezime i potpis	Šifra								

Dostaviti:

1. Osiguraniku / osiguranoj osobi
2. Izabranom doktoru  
(u slučaju iz točke 1. a, b, c, d i točke 2. a, c, d)
3. Pismohrana

**Upuća osiguranoj osobi:**

Zbog zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba, nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva, ima pravo zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku, osim u slučaju kada je nalaz, mišljenje i ocjena izdan tijekom već pokrenutog upravnog postupka. Zahtjev za izdavanjem rješenja upućuje se regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnima prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.