

Regionalni ured Područna služba

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

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra doktora specijaliste

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

Kat. osig. [ ][ ]	Spol [ ]	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra [ ][ ]	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PN TJC [ ][ ][ ] / [ ][ ]
Drž. osig. [ ][ ]	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO _____		OR PB _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

## UPUTNICA ZA

Šifra djelatnosti		Šifra djelatnosti	
Konzilijarna zdravstvena zaštita <b>A</b> [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Bolničko liječenje <b>B</b> [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
Šifra djelatnosti		Šifra djelatnosti	
Specijalistička zdravstvena zaštita <b>C</b> [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	Ambulantno liječenje <b>D</b> [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		

Upućuje se \_\_\_\_\_ (Nazivspecijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite) Šifra dij. prema MKB

Uputna dijagnoza \_\_\_\_\_

Molim, traži se \_\_\_\_\_

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

