

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

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

BAR KOD - - - - -

\* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 \*

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Šifra dij. prema MKB	Zak. o obv. zdr. osig.*		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti	
<input type="text"/>	OR PB		<input type="text"/>	

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse	
<input type="text"/>	
Šifra ugovornog doktora	
<input type="text"/>	
Šifra doktora specijaliste	
<input type="text"/>	
Primarna prevencija*	Sekundarna prevencija*
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Rp.

Šifra lijeka

Cij. orig. pakir. lij. s osnovne l. lij.

Količina      Cijena usluge

Iznos na teret obv. zdr. osig.

Šifra ljekarne

Datum izdavanja lijeka

Šifra ljekarnika

U \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ 201 \_\_\_\_ g.

M.P.

Vlastoručni potpis i faksimil ovlaštene osobe  
koja je lijek propisala

HZZO-Direkcija, Zagreb  
ReceptOsn, V18, 01/12/2017

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

\* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen  
Tiskanica zaštićena