

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 zdrustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra doktora specijaliste

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

Kat. osig. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td></td></tr></table>		U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PN TJC <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
Drž. osig. <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				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> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><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>B</b> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Šifra djelatnosti		Šifra djelatnosti																																									
Specijalistička zdravstvena zaštita <b>C</b> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><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 <b>D</b> <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><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) 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