



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Regionalni ured _____ Područna služba _____

MBO _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse _____

Šifra ugovornog doktora _____

Šifra doktora specijaliste _____

Kat. osig. Spol Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice,
europska kartica zdravstvenog osiguranja _____

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti _____

PNTJO /

OR/PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

PUTNI NALOG ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____ naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto*

Konzilijarna zdravstvena zaštita **A** Šifra djelatnosti

Bolničko liječenje **B** Šifra djelatnosti

Specijalistička zdravstvena zaštita **C** Šifra djelatnosti

Ambulantno liječenje **D** Šifra djelatnosti

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj*** potreban zbog _____

U _____, _____ g. _____ Potpis doktora medicine

M.P. _____

*obavezan podatak

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RU/PS Zavoda

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda _____

***upisati JE ili NIJE

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi za više putovanja (odlazak i povratak).

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____
u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____
u _____ i povratak, IZNOS _____ kn

Za isplatu IZNOS _____ kn

(slovima _____)

U _____, _____ g.

Obračunao _____

Kontrolirao _____

ZAHTEJEV ZA ISPLATU NAKNADE

Molim da mi se naknada za troškove prijevoza isplati na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Potpis osigurane osobe _____

Zahteju prilažem:

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)



