

Regionalni ured \_\_\_\_\_ Područna služba \_\_\_\_\_

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe \_\_\_\_\_

Grad/naselje \_\_\_\_\_ Ulica i broj \_\_\_\_\_



**Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje**

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

\*obvezan podatak

M.P. \_\_\_\_\_

\*\*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 samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).

## OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana \_\_\_\_\_ g. bila u \_\_\_\_\_

( naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse, isporučitelja pomagala i mjesto )

na \_\_\_\_\_

Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala \_\_\_\_\_ M.P. \_\_\_\_\_ Šifra doktora medicine \_\_\_\_\_

Broj dnevnika \_\_\_\_\_ Potpis doktora medicine/ugovornog isporučitelja \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

Zahjev 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)

Potpis osigurane osobe \_\_\_\_\_

