

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



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Kat. osig.	Spol	PN TJO	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europske kartice ZO	OR PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Uputna dijagnoza _____

Šifra dijag. prema MKB

U _____

M.P.

_____ 201__ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora

