

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

BAR KOD - - - - -  
\* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 \*



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

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

## N A L O G za sanitetski prijevoz osigurane osobe

DIJAGNOZA: \_\_\_\_\_

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					-
Šifra dij. prema MKB					

### POLAZIŠTE

\_\_\_\_\_

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - **potpuna adresa**)

### ODREDIŠTE

\_\_\_\_\_

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - **potpuna adresa**)

Datum: \_\_\_\_\_

Broj prijeđenih kilometara \_\_\_\_\_ km

(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

od  do  tjedno \_\_\_\_\_ puta

PRIJEVOZNO

SREDSTVO:

SANITETSKO VOZILO

PLOVILO

SANITETSKO

VOZILO I PLOVILO

BOLESNIK

LEŽI

SJEDI

NE SMIJE SE

SAMOSTALNO KRETATI

VRIJEDI ZA VIŠE PUTOVANJA

VRIJEDI ZA JEDNO PUTOVANJE

(odlazak i povratak)

NAPOMENA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

M.P.

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

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)