

Područni ured
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

Drž. osig.

Broj bolesničkog lista,
broj Europske kartice
zdravstvenog osiguranja

Broj evidencije
prijava ozljede/bolesti

PN TJQ

Evidencijski broj
priznate ozljede na radu
/profesionalne bolesti

OR PB

N A L O G

za sanitetski prijevoz na hemodijalizu

DIJAGNOZA: Šifra dijagnoze prema MKB

POLAZIŠTE

(Mjesto prebivališta/boravišta i naziv ugovornog subjekta Zavoda - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

(Mjesto prebivališta/boravišta i naziv ugovornog subjekta Zavoda - **potpuna adresa**)

Datum:

Broj prijeđenih kilometara km

(Upisuje izvršitelj sanitetskog prijevoza.)

od do tjedno puta

PRIJEVOZNO
SREDSTVO

SANITETSKO VOZILO

PLOVILO

SANITETSKO
VOZILO I PLOVILO

OSIGURANA
OSOBA

LEŽI

SJEDI

NE SMIJE SE
SAMOSTALNO KRETATI

NAPOMENA:

M.P.

U , 20 g.

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)