

Područni ured
MBO
OIB
Ime i prezime
Datum rođenja
Adresa osigurane 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	PN TJO	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti
_____	☐		_____
Drž. osig.	Broj bolesničkog lista, broj Europske kartice zdravstvenog osiguranja	OR PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti
_____	_____	_____	_____

N A L O G za sanitetski prijevoz

DIJAGNOZA: _____ Šifra dijagnoze
prema MKB _____

POLAZIŠTE

(Mjesto prebivališta/boravišta, naziv ugovornog pružatelja zdravstvene zaštite - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

(Mjesto prebivališta/boravišta, naziv ugovornog pružatelja zdravstvene zaštite - **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 ☐

VRIJEDI ZA VIŠE PUTOVANJA ☐

VRIJEDI ZA JEDNO PUTOVANJE
(odlazak i povratak) ☐

NAPOMENA: _____

M.P.

U _____, _____ 20 ____ . g.

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)