

Područni ured

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Kat. osig.	Spol	PN	TJO	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
				/
Drž. osig.	Broj bolesničkog lista, broj Europske kartice zdravstvenog osiguranja	OR	PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se

.....

.....

Uputna dijagnoza Šifra dijag. prema MKB

U

M.P.

..... 20__ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora