

Područni ured
MBO
OIB
Ime i prezime
Datum rođenja
Adresa osigurane osobe
Grad/naselje Ulica i broj



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

BAR KOD - - - - -

* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Šifra zdruzanove - ordinacije priv. prakse

.....

Šifra ugovornog doktora

.....

Šifra doktora specijaliste

.....

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti PN TJO /
Drž. osig.	Broj bolesničkog lista, broj Europske kartice zdravstvenog osiguranja	OR PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

UPUTNICA ZA

Konzilijarna zdravstvena zaštita	A		Bolničko liječenje	B	
Specijalistička zdravstvena zaštita	C		Ambulantno liječenje	D	

Upućuje se
(Naziv specijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite)

Šifra dij. prema MKB

Uputna
dijagnoza

.....

Molim, traži se

Napomena

U, 20 ____ g. M.P.
Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe:

U, 20 ____ g. M.P.
Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno ord. priv. prakse