

RAČUN ZA LIJEČENJE AKUTNO OBOLJELIH

BROJ RAČUNA OBVEZNOG OSIGURANJA HZZO: _____

Stranica: _____ od _____

Broj prethodnog računa (nastavno liječenje) _____

Kategorija bolničkog računa: _____

Broj prethodnog računa (vraćeni račun) _____

Zdravstvena ustanova	Šifra	HZZO - PS	Naziv PS
Adresa zdravstvene ustanove			Adresa PS
OIB	Matični broj ustanove	02958272670 OIB HZZO-a	0 3 5 8 0 2 6 1 Matični broj HZZO-a
Žiro račun	Poziv na broj: <input type="text"/>	Datum obračuna: <input type="text"/>	dan, mjesec, godina

Ime i prezime osigurane osobe	DTS skupina: <input type="text"/>	Naziv	
Grad/naselje	Šifra glavne dijagnoze: <input type="text"/>	Vodeća djelatnost: <input type="text"/>	
Ulica i broj	Jedinstveni identifikator zdravstvene usluge: <input type="text"/>		
Dan, mjesec i godina rođenja	Spol * <input type="text"/>	Težina pri prijemu <input type="text"/>	
Bolničko liječenje: od <input type="text"/>	do <input type="text"/>	dan, mjesec, godina	
OIB osigurane osobe	Kategorija osiguranja	PU osigurane osobe	
Broj dana liječenja: <input type="text"/>	Opravdanost prijama: <input type="text"/>	Matični broj bolesnika ZU	
Matični broj osigurane osobe	Sudjelovanje: * <input type="text"/>	Šifra oslob. od sudjel. <input type="text"/>	
Broj iskaznice dopunskog osig. HZZO-a	Šifra osnova sudjelovanja <input type="text"/>		
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO, identifik. broj sa certifikata koji zamjenjuje europ. karticu ZO	Šifra doktora koji je uputio na liječenje <input type="text"/>	Serijski broj uputnice <input type="text"/>	
Država osig. <input type="text"/>	Šifra doktora koji je liječio pacijenta <input type="text"/>	Liječ. vlastitom voljom: * <input type="text"/>	
Evidencijski broj i god. priznate OR/PB <input type="text"/>	Premješten iz: <input type="text"/>	Šifra ustanove <input type="text"/>	
Broj evidencije prijave ozljede/bolesti <input type="text"/>	Premješten u: <input type="text"/>	Šifra ustanove <input type="text"/>	
Zakon o zdr. osig.	Način prijama: *	Ishod liječenja:	Način otpusta: *
1 PB-Profesionalna bolest	1 Hitni prijam	1 Izliječenje	0 Ispostavljanje računa po proteku 30 dana bolničkog liječenja
2 OR-Ozljeda na radu	2 Uputnica PZZ	2 Pобољшanje	1 Otpust/premještaj u drugu akutnu ustanovu
3 PN-Prometna nesreća	3 Premještaj iz druge ustanove	3 Nepromijenjeno	4 Otpust/premještaj u drugu ustanovu za kronično liječenje ili produženo liječenje
4 TJO-Tjelesna ozljeda od druge osobe	4 Nastavno liječenje	4 Pogoršanje	5 Premještaj unutar ustanove
	5 Premještaj unutar ustanove	5 Smrt	6 Liječenje okončano protivno savjetu doktora
	6 Ostalo		8 Smrt
	7 Jedinstvena lista naručivanja (lista čekanja)		9 Ostalo (otпусти kući. / drugdje..)
			SAPS II SCORE 1 (pri prijemu u JIL)
			SAPS II SCORE 2 (pri otpustu iz JIL)

Porez na dodanu vrijednost nije zaračunat u skladu s člankom 39., stavak 1 Zakona o porezu na dodanu vrijednost.

Sifra i naziv: -djelatnosti -suradne ustanove	Sifra i ime i prezime: zdravstvenog radnika koji je proveo postupak	Sifra i naziv: -materijala ili lijeka -DTS postupaka	Broj/količina -materijala ili lijeka -DTS postupaka	Jedinična cijena () materijala ili lijeka	Datum pružanja DTS postupka	Ukupno () za materijale ili lijekove
0	1	2	3	4	5	6

Dodatne dijagnoze

Aktivnost obveznog zdravstvenog osiguranja

Aktivnost dopunskog zdravstvenog osiguranja

Mjesto i datum izdavanja računa:

dan, mjesec, godina

UKUPNI IZNOS: _____

Datum dospjeća:

dan, mjesec, godina

IZNOS NAPLAĆENOG SUDJEL.
U TROS. Z.Z. OD OSIG.OSOBE: _____

Ime, prezime i potpis osigurane osobe, staratelja, skrbnika

IZNOS ZA NAPLATU OD
DOPUNSKOG OSIG. HZZO-a: _____

Ime, prezime i potpis osobe koja je izvršila obračun

IZNOS ZA NAPLATU OD
OBVEZNOG OSIG. HZZO-a:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

VALUTA RAČUNA: _____

M.P.