

PODACI O OSIGURANIKU

Područna ustrojstvena jedinica Zavoda
MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa
Grad/naselje

Ulica i broj



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove
/ ordinacije privatne prakse

Šifra zdr. ustanove / ordinacije priv. prakse

Šifra doktora nositelja tima

STRUČNO - MEDICINSKA OCJENA privremene nesposobnosti/spriječenosti za rad osiguranika

Kat. osig.	Spol	Evidencijski broj i godina priznate OR/PB
<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____ /20__
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj pufovnice, europske kartice	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>	_____	Zak. o zdr. osig. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Radno mjesto:	Šifra po NKZ	Broj god. radnog staža
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
	Naziv	

1. PODACI O PRIVREMENOJ NESPOSOBNOSTI/SPRIJEČENOSTI ZA RAD OSIGURANIKA

Početni datum	Šifra uzroka
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dijagnoza	Naziv
<input type="text"/>	Šifra MKB

2. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI ČLANU OBITELJI OSIGURANIKA*

MBO	Dijagnoza
<input type="text"/>	Šifra MKB
OIB	Naziv
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ime i prezime	
Datum rođenja	
<input type="text"/>	
Srodstvo	Šifra
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.1. PODACI O ORDINACIJI IZABRANOG DOKTORA OSIGURANE OSOBE ČLANA OBITELJI OSIGURANIKA*

Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse	Šifra zdr. ustanove / ordinacije privatne prakse
_____	_____
_____	Šifra doktora nositelja tima
_____	_____

3. IZVRŠEN PREGLED **

3.1. Osiguranika	Osigurane osobe člana obitelji osiguranika
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
U ordinaciji Izabranog doktora	U domu osiguranika
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	U prostoru Zavoda
	<input type="checkbox"/>
3.2. Medicinske dokumentacije	Osigurane osobe člana obitelji osiguranika
Osiguranika	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	
U ordinaciji Izabranog doktora	U domu osiguranika
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	U prostoru Zavoda
	<input type="checkbox"/>

4. NALAZ, MIŠLJENJE I OCJENA DOKTORA KONTROLORA / POSEBNOG POVJERENSTVA

NALAZ:

MIŠLJENJE:

OCJENA:

5. UTVRĐEN PRESTANAK PRIVREMENE NESPOSOBNOSTI/SPRIJEČENOSTI ZA RAD**

DA

Datum prestanka privremene nesposobnosti/spriječenosti za rad

NE

6. IZDVOJENO MIŠLJENJE DOKTORA KONTROLORA ČLANA POSEBNOG POVJERENSTVA

Podaci o doktoru kontroloru/članovima posebnog povjerenstva:

Ime i prezime doktora kontrolora

Šifra

Potpis i faksimil doktora kontrolora

Ime i prezime doktora kontrolora

Šifra

Potpis i faksimil doktora kontrolora

Ime i prezime doktora kontrolora

Šifra

Potpis i faksimil doktora kontrolora

U , 20..... g.

Uputa o pravnom lijeku

Osiguranik nezadovoljan stručno-medicinskom ocjenom privremene nesposobnosti odnosno spriječenosti za rad, radi zaštite prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja, može zatražiti izdavanje rješenja u upravnom postupku.

Zahtjev za izdavanje rješenja podnosi se područnoj ustrojstvenoj jedinici Zavoda.

Na znanje:

1. Osiguraniku
2. Izabranom doktoru osiguranika
3. Doktoru kontroloru / posebnom povjerenstvu
4. Nalogodavcu za provođenje kontrole privremene nesposobnosti / spriječenosti za rad