|  |
| --- |
|  |

(oznaka HZZO-a)

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Područna ustrojstvena jedinica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ZAHTJEV ZA IZDAVANJE PISANOG RJEŠENJA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podaci podnositelja zahtjeva |  |
| Ime i prezime |  |
| Adresa stanovanja |  |
| Telefon/mobitel |  |
| OIB |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Molim da mi se na temelju Nalaza, mišljenja i ocjene Liječničkog povjerenstva HZZO-a, KLASA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, URBROJ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ od dana \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine, a radi pokretanja upravnog postupka, izda pisano rješenje za: | Označiti (✓) |
| Bolničku medicinsku rehabilitaciju |  |
| Ortopedsko ili drugo pomagalo |  |
| Fizikalnu terapiju u kući |  |
| Zdravstvenu njegu u kući |  |

Uz zahtjev prilažem:

1. Nalaz, mišljenje i ocjena Liječničkog povjerenstva – izvornik
2. Medicinska dokumentacija – preslika

U \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (mjesto) (datum)

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (potpis podnositelja zahtjeva)

**Napomena:** *Ovaj obrazac nije službena tiskanica Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te služi isključivo kao pomoć osiguranoj osobi prilikom podnošenja zahtjeva u upravnom postupku.*

*Svoj zahtjev za pokretanje postupka stranka može neposredno podnijeti javnopravnom tijelu u pisanom obliku ili usmeno na zapisnik, a može takav zahtjev poslati poštom ili dostaviti elektroničkim putem.*