
7. OČEKIVANO TRAJANJE LIJEČENJA U INOZEMSTVU U DANIMA

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 21	
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	--

8. PRIJEDLOG PRIJEVOZNOG SREDSTVA

SREDSTVO JAVNOG <input type="checkbox"/> PRIJEVOZA	PUTNIČKI ZRAKOPLOV <input type="checkbox"/>	SANITETSKI PRIJEVOZ <input type="checkbox"/>	SANITETSKI ZRAKOPLOV <input type="checkbox"/>	
--	--	---	--	--

9. POTREBA PRATNJE

NE

DA

ČLAN OBITELJI/ MEDICINSKA SESTRA/ DOKTOR
DRUGA OSOBA TEHNIČAR

10. POTREBA SMJEŠTAJA UZ DIJETE

NE

DA

RADI DOJENJA RADI ZDRAVSTVENOG
STANJA DJETETA

11. NAPOMENA

M.P.

DATUM

DOKTOR SPECIJALIST
ime, prezime i faksimil

član liječničkog konzilija

član liječničkog konzilija

predsjednik liječničkog konzilija ¹

¹ Ukoliko liječenje predlaže liječnički konzilij, prijedlog potpisuju predsjednik konzilija i dva člana

PRILOG:

Medicinska dokumentacija na hrvatskom jeziku

12. IZJAVA OSIGURANE OSOBE

Izjavljujem da sam upoznat-a da, u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite, osigurana osoba koja je **sama dogovorila termin** u inozemnoj zdravstvenoj ustanovi i na liječenje u inozemstvo **otišla bez rješenja** Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o upućivanju na liječenje u inozemstvo nema pravo ostvariti to liječenje na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja, unatoč prethodno podnesenom zahtjevu.

DATUM

potpis osigurane osobe
podnositelja zahtjeva ²

² za malodobne osigurane osobe, odnosno osigurane osobe pod skrbništvom, zahtjev i izjavu potpisuje zakonski zastupnik, odnosno skrbnik