

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE	ZDRAVSTVENA USTANOVA - PRIVATNA ORDINACIJA (pečat)
PODRUČNI URED _____	Šifra ustanove - ordinacije _____
Broj područnog ureda _____	

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Broj osigurane osobe ili MB osig. osobe u Zavodu _____	MBG/MB _____	M Ž Spol
	OIB* _____	
Ime i prezime _____		
Adresa _____		
Broj osigurane osobe ili MB osigurane osobe u Zavodu člana obitelji (djeteta) _____	Osnova osiguranja _____	Država _____
Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu/profesionalne bolesti		
Ime i prezime _____		

NALOG Broj _____ ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od _____ do _____

Prvi put Nastavno

Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

	Tjedno	Mjesečno	
1. _____	____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
2. _____	____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
3. _____	____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
4. _____	____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta

Dijagnoza: _____ Šifra MKB _____

Obrazloženje

Nalaz, mišljenje i ocjena ovlaštenog doktora Zavoda o daljnjem provođenju zdravstvene njege u kući:

U _____ dne _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis i faksimil ovlaštenog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ovlaštenog doktora

Uputa osiguranoj osobi:

Zbog zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom ovlaštenog doktora Zavoda o daljnjem provođenju zdravstvene njege u kući, ima pravo u područnom uredu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, nadležnom prema mjestu njezinog prebivališta, odnosno boravka, zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku.