

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana _____ g. bila u _____

(naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse, isporučitelja pomagala i mjesto)

Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv.prakse
ili isporučitelja pomagala

na _____

M.P.

Šifra doktora medicine

Broj dnevnika _____

Potpis doktora medicine/ugovornog isporučitelja

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS _____

Broj evidencije _____

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ EUR

Za pratitelja

Prijevoz sa _____ iz _____

u _____ i povratak, IZNOS _____ EUR

Za isplatu IZNOS _____ EUR

(slovima _____)

U _____, _____ g.

Obračunao _____ Kontrolirao _____

ZAHTJEV ZA ISPLATU NAKNADE

Molim da mi se naknada za troškove prijevoza isplati na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa _____

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa _____

Broj tekućeg računa _____ otvorenog kod _____

Zahhtjevu prilažem: _____ Potpis osigurane osobe

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)

2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

Regionalni ured Područna služba

MBO _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj



Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Šifra doktora specijaliste

Kat. osig. Spol Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice,
europska kartica zdravstvenog osiguranja

PN TJO _____ / _____
Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

OR PB

Evidencijski broj priznate
ozljede na radu / profesionalne bolesti

PUTNI NALOG ZA KORIŠTENJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u _____
naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto*

Konzilijarna Šifra djelatnosti Bolničko Šifra djelatnosti
zdravstvena zaštita A _____ liječenje B _____

Specijalistička Šifra djelatnosti Ambulantno Šifra djelatnosti
zdravstvena zaštita C _____ liječenje D _____

Šifra dg. prema MKB _____

Vrsta prijevoznog sredstva** _____

Pratitelj*** potreban zbog _____

U _____, _____ g. _____

Potpis doktora koji izdaje nalog

*obvezan podatak

M.P.

**navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog
od liječničkog povjerenstva RU/PS Zavoda

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

***upisati JE ili NIJE

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).