

Regionalni ured _____ Područna služba _____

MBO _____

OIB _____

Ime i prezime _____

Datum rođenja _____

Adresa osig. osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

BAR KOD - - - - -
* 0 1 3 9 7 7 1 1 4 *



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdr. Ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Kat. osig. <input type="text"/>	Spol <input type="text"/>	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PN TJO <input type="text"/>	
Drž. osig. <input type="text"/>	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO _____		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <input type="text"/>
		OR PB <input type="text"/>	<input type="text"/>

NALOG za sanitetski prijevoz osigurane osobe na hemodijalizu

DIJAGNOZA: _____

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Šifra dij. prema MKB

POLAZIŠTE

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - **potpuna adresa**)

ODREDIŠTE

(Mjesto prebivališta, boravišta, naziv zdr. ustanove ili ord. priv. prakse, isporučitelja ortop. i drugih pomagala - **potpuna adresa**)

Datum: _____

Broj prijeđenih kilometara _____ km
(Upisuje zdravstvena ustanova koja je obavila sanitetski prijevoz)

od do tjedno _____ puta

PRIJEVOZNO
SREDSTVO:

SANITETSKO VOZILO

PLOVILO

SANITETSKO
VOZILO I PLOVILO

BOLESNIK

LEŽI

SJEDI

NE SMIJE SE
SAMOSTALNO KRETATI

NAPOMENA: _____

U _____, _____ 201 ____ . g.

M.P.

(Potpis i faksimil doktora koji izdaje nalog)

