



ZAHTJEV I PRIJEDLOG ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE U INOZEMSTVO

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Ime i prezime	Datum rođenja
Broj osigurane osobe	Spol M Ž
OIB	
Adresa	
Ime i prezime roditelja za dijete do 18. g.	
E-mail:	GSM:

2. DIJAGNOZA

_____	MKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.
_____	MKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.
_____	MKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.

Zak. o obv. zdr. osig.

OR	PB	*
----	----	---

_____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

3. PODACI O TIJEKU BOLESTI I DOSADAŠNJEM LIJEČENJU

4. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE PREDLAŽE LIJEČENJE U INOZEMSTVU

5. VRSTA I METODA LIJEČENJA

6. PRIJEDLOG ZDRAVSTVENE USTANOVE U INOZEMSTVU

7. OČEKIVANO TRAJANJE LIJEČENJA U INOZEMSTVU U DANIMA

1	3	5	7	10	14	21	
---	---	---	---	----	----	----	--

8. PRIJEDLOG PRIJEVOZNOG SREDSTVA

SREDSTVO JAVNOG PRIJEVOZA	PUTNIČKI ZRAKOPLOV	SANITETSKI PRIJEVOZ	SANITETSKI ZRAKOPLOV	
---------------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	--

9. POTREBA PRATNJE

NE

DA

ČLAN OBITELJI/
DRUGA OSOBA

MEDICINSKA SESTRA/
TEHNIČAR

DOKTOR

10. POTREBA SMJEŠTAJA UZ DIJETE

NE

DA

RADI DOJENJA

RADI ZDRAVSTVENOG
STANJA DJETETA

11. NAPOMENA

DATUM

M.P.

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 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 skrbištvom, zahtjev i izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik