

RAČUN ZA SPECIJALISTIČKO-KONZILIJARNU ZDRAVSTVENU ZAŠTITU

BROJ RAČUNA DOPUNSKOG OSIGURANJA HZZO: _____

Stranica: _____ od _____

Broj prethodnog računa (vraćeni račun) _____

Zdravstvena ustanova	Šifra	HZZO - PS	Naziv PS
Adresa zdravstvene ustanove			Adresa PS
OIB	Matični broj ustanove	0 2 9 5 8 2 7 2 6 7 0 OIB HZZO-a	0 3 5 8 0 2 6 1 Matični broj HZZO-a
Žiro račun	<input type="checkbox"/> Poziv na broj:	Datum obračuna:	dan, mjesec, godina

Ime i prezime osigurane osobe	Djelatnost u ZZ
Grad/naselje	Jedinstveni identifikator zdravstvene usluge:
Ulica i broj	SKZZ liječenje od dan, mjesec, godina do dan, mjesec, godina
Dan, mjesec i godina rođenja	M Z N X Spol *
Kategorija osiguranja	Matični broj bolesnika ZU
OIB osigurane osobe	Broj dana fizik. terapije
PU osigurane osobe	Šifra doktora koji je uputio na liječenje
Matični broj osigurane osobe	Šifra zdr. djelat. koji je liječio
Broj iskaznice dopunskog osig. HZZO-a	Sudjelovanje: * <input type="checkbox"/> Da <input type="checkbox"/> Ne
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO, identifik. broj sa certifikata koji zamjenjuje europ. karticu ZO	Šifra oslob. od sudjel.
Država osig.	Način prijama: *
Broj potvrde za stomatološko pomagalo	<input type="checkbox"/> 1 Hitni prijam
Broj potvrde ortopedskog pomagala izabranog doktora	<input type="checkbox"/> 2 Uputnica PZZ
Evidencijski broj i god. priznate OR/PB	<input type="checkbox"/> 4 Nastavno liječenje
Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	<input type="checkbox"/> 7 Jedinstvena lista naručivanja (lista čekanja)
	<input type="checkbox"/> 8 Telemedicina
	Šifra početne dijagnoze
	Šifra završne dijagnoze
	Šifra dijagnoze 1
	Šifra dijagnoze 2
	Šifra dijagnoze 3
	Zakon o zdr. osig.
	<input type="checkbox"/> 0 Preventivni pregled
	<input type="checkbox"/> 1 PB-Profesionalna bolest
	<input type="checkbox"/> 2 OR-Ozljeda na radu
	<input type="checkbox"/> 3 PN-Prometna nesreća
	<input type="checkbox"/> 4 TJO-Tjelesna ozljeda od druge osobe

* u odgovarajuću kućicu staviti oznaku

X

