

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured	Područna služba
OIB	
Ime i prezime	
Datum rođenja	
Adresa osig. osobe	Ulica i broj
Grad/naselje	



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

BAR KOD - - - - -

* 8 1 3 9 7 7 1 1 4 *

Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove - ordinacije privatne prakse u kojoj se propisuje recept

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PNTJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			
Šifra dij. prema MKB	Zak. o obv. zdr. osig.*		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti	
<input type="text"/>	PB OR		<input type="text"/>	

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra doktora specijaliste

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

Primarna prevencija*

Sekundarna prevencija*

Rp.

Šifra lijeka

Cij. orig. pakir. lij. s dopunske I. lij.

Cij. orig. pakir. lij. na teret obv. zdr. osig.

Količina

Cijena usluge

Iznos na teret obv. zdr. osig.

Iznos sudjelovanja

Šifra ljekarne

Datum izdavanja lijeka

Šifra ljekarnika

U _____

M.P.

_____ 201__ g.

Vlastoručni potpis i faksimil ovlaštene osobe koja je lijek propisala

HZZO-Direkcija, Zagreb
ReceptDop, V18, 01.12.2017

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -

Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena