

Podaci o osiguranoj osobi

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

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE



Šifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse

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

--	--	--	--

Država

M	Ž
---	---

Spol

--	--	--	--

Kat. osig.

Zak. o obv. zdr. osig.

OR	PB
----	----

Evidencijski broj priznate ozljede na radu/profesionalne bolesti

NALOG Broj _____ ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od

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

 do

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

Prvi put Nastavno

Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

	Tjedno	Mjesečno	
1. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
2. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
3. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta
4. _____ puta <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ukupno _____ puta

Dijagnoza: _____

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

Šifra MKB

Obrazloženje

U _____ dne _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis i faksimil izabranog doktora

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

Šifra

<p>HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE</p> <p>1. Regionalni ured _____</p> <p>Šifra regionalnog ureda <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>2. Direkcija</p>					<p>LJEČNIČKO POVJERENSTVO</p> <p>Vijeće _____</p> <p>_____</p> <p>KLASA: _____ Datum _____</p> <p>URBROJ: _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>								

Na osnovi ovlasti iz Pravilnika o ovlastima, obvezama i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te članka 8. stavka 2. Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe liječničko povjerenstvo daje

NALAZ
MIŠLJENJE
OCJENU

Liječničko povjerenstvo:

	1. _____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
	Ime, prezime i potpis	Šifra								
M. P.	2. _____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
	Ime, prezime i potpis	Šifra								
	3. _____	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>								
	Ime, prezime i potpis	Šifra								

Dostaviti:

1. Osiguraniku / osiguranoj osobi
2. Izabranom doktoru
3. Pismohrana

Uputa osiguranoj osobi:

Zbog zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba, nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva, ima pravo zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku. Zahtjev za izdavanjem rješenja upućuje se regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnima prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.