

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



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										
Šifra ugovornog doktora										
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

Kat. osig.	Spol	PN TJO	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti																							
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				<table border="1"> <tr> <td> </td> </tr> </table>		<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td> </tr> </table>									
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europske kartice ZO	OR PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti																							
<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>				_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>											<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>										

UPUTNICA ZA LABORATORIJ PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Medicinsko-biokemijski laboratorij - sjedište, adresa

Molim, traži se _____

Uputna dijagnoza _____

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

 Šifra dijag. prema MKB

U _____

M.P.

_____ 201__ g.

Potpis i faksimil izabranog doktora