

ZU

Broj zdrav. kartona

Organizациона јединица

Broj protokola

POTVRDA
O POTREBI PUTOVANJA U CILJU OSTVARIVANJA TERAPEUTSKE PROCEDURE

Prezime i ime osiguranika	Godina rođenja	JMBG
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice

Dijagnoza
.....

									Šifra dijagnoze

Upućuje se u
(naziv ZU) (mjesto)

Radi: a) RADIO TERAPIJA
b) HEMIO TERAPIJA

Obzirom na prirodu bolesti potrebanpratilac u putu zbog
.....

U

(M.P.)

Datum

.....
Izabrani doktor – potpis i faksimil

**POTVRDA
O IZVRŠENOJ TERAPEUTSKOJ PROCEDURI**

1. Datum Vrijeme	2. Datum Vrijeme	3. Datum Vrijeme	4. Datum Vrijeme	5. Datum Vrijeme
(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)
6. Datum Vrijeme	7. Datum Vrijeme	8. Datum Vrijeme	9. Datum Vrijeme	10. Datum Vrijeme
(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)	(potpis, faks. i pečat)

OBRAČUN TROŠKOVA PREVOZA

Osiguranom licu 1. u odlasku od do

2. u povratku od do

Pratiocu 1. u odlasku od do

2. u povratku od do

Ukupno za isplatu:

Obračun izvršio:

.....

Obračunate troškove prevoza poslati:

.....

Prezime i ime
Mjesto
Ulica, broj

Napomena: Ukoliko se novac šalje poštom upisuje se adresa

* Obračun i isplata putnih troškova mogu se vršiti samo uz izvještaj doktora specijaliste