

Broj zdravstvenog kartona _____

Broj protokola _____

Prezime i ime osiguranog lica	Godina rođenja	JMBG									
Mjesto stanovanja - adresa	Područna jedinica Fonda	Broj zdr. knjižice									
1. Osigurano lice učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐ 2. Osigurano lice ne učestvuje u troškovima korišćenja zdravstvene zaštite ☐	1. Zaposleni ☐ 2. Penzioneri ☐ 3. Nezaposleni ☐ 4. Poljoprivrednici .. ☐ 5. Ostali ☐	1. Nositelj osiguranja ☐ 2. Član porodice ☐									

Dijagnoza

--	--	--

 .

--

Šifra dijagnoze

ODREDIŠTE:
(mjesto prebivališta ili naziv zdravstvene ustanove)

Po nalogu ZU / Fonda
(naziv ZU, područna jed./fil. Fonda) (broj naloga) (datum)

Izabrani doktor – doktor specijalista
(potpis i faksimil)

(M.P.)
Ovlaščeno lice podružne jed./fil. Fonda

Datum prevoza:
Broj pređenih kilometara: km

(M.P.)
Ovlaščeno lice ZU

ZU _____

Broj zdrav. kartona _____

Organizaciona jedinica _____

Broj protokola _____

POTVRDA
O POTREBI PUTOVANJA U CILJU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

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

Dijagnoza

				.	
Šifra dijagnoze					

Upućuje se u
(naziv ZU) (mjesto)

- Radi: *
- specijalističkog pregleda (konzilijarnog pregleda)
 - dijagnostičkih pretraga
 - bolničkog liječenja (specijalizovane medicinske rehabilitacije)
 - ambulantnog liječenja (med. rehabilitacija, radio-hemio terapija, HBO terapija)
 - izrada pomagala po mjeri

Obzirom na prirodu bolesti potreban _____ pratilac u putu zbog

U
Datum

(M.P.)

.....
Izabrani doktor – potpis i faksimil
Ljekarska komisija Fonda

* u zavisnosti od potrebe liječenja, na potvrdi se unosi odgovarajuća zdravstvena usluga



**POTVRDA
O IZVRŠENOM PREGLEDU - LIJEČENJU**

1. Datum Vrijeme (potpis, faksimil i pečat)	2. Datum Vrijeme (potpis, faksimil 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 i broj

* Obračun i isplata putnih troškova mogu se vršiti samo uz medicinski izvještaj nadležnog doktora.