

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

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

BAR KOD - - - - -

* 0 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
			PN TJO	
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata			
Šifra dij. prema MKB	Zak. o obv. zdr. osig.*		Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti	
	OR PB			

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra doktora specijaliste

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

Primarna
prevencija*Sekundarna
prevencija*

Rp.

Šifra lijeka

Cij. orig. pakir. lij. s osnovne l. lij.

Količina

Cijena usluge

Iznos na teret obv. zdr. osig.

Šifra ljekarne

Datum izdavanja lijeka

Šifra ljekarnika

U
..... 201 g.

M.P.

Vlastoručni potpis i faksimil ovlaštene osobe
koja je lijek propisala

HZZO-Direkcija, Zagreb
ReceptOsn, V17, 16/01/2015

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -



Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena