

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

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



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

BAR KOD - - - - -

* 8 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
			PNTJO	
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	
	PB OR			

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra doktora specijaliste

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

Primarna
prevencija*

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

Sekundarna
prevencija*

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

Rp.

U

M.P.

201 g.

Šifra lijeka

Cij. orig. pakir. lij. s dopunske I. lij.

Cij. orig. pakir. lij. na teret obv. zdr. osig.

Količina

Cijena usluge

Iznos na teret obv. zdr. osig.

Iznos sudjelovanja

Šifra ljekarne

Datum izdavanja lijeka

Šifra ljekarnika

Vlastoručni potpis i faksimil ovlaštene osobe
koja je lijek propisala

HZZO-Direkcija, Zagreb
ReceptDop, V17, 16.01.2015

Pečat ljekarne i potpis ljekarnika

* - U odgovarajuću kućicu staviti oznaku - X -



Pretisak zabranjen
Tiskanica zaštićena