

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured:

Područna služba:

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja i MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Šifra doktora specijaliste

Kat. osig.

Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica zdravstvenog osiguranja

Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti

PN TJ O

Broj evidencije

OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

PUTNI NALOG

U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto**

Konzilijarna zdravstvena zaštita

A

Šifra djelatnosti

Bolničko liječenje

B

Šifra djelatnosti

Specijalistička zdravstvena zaštita

C

Šifra djelatnosti

Ambulantno liječenje

D

Šifra djelatnosti

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva***

Pratitelj**** potreban zbog

U , g. Potpis doktora medicine

***navesti vrstu skupljeg prijevoznog sredstva odobrenog od liječničkog povjerenstva RU/PS Zavoda

****Upisati JE ili NIJE

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).

HZZO-Direkcija, Zagreb
PutNaJ1, V5, 04/09/13

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba dana g. bila u (naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse, isporučitelja pomagala i mjesto)

Šifra zdrav.ustan., ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala

na

M.P.

Šifra doktora medicine

Broj dnevnika

Potpis doktora medicine/ugovornog isporučitelja

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS

Broj evidencije

OBRACUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa iz u i povratak, IZNOS kn

Za pratitelja

Prijevoz sa iz u i povratak, IZNOS kn

Za isplatu IZNOS kn

(slovima)

U , g.

Obračunao Kontrolirao

ZAHTJEV ZA ISPLATU

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa

Broj tekućeg računa otvorenog kod

Zahtjevu prilažem:

Potpis osigurane osobe

1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)

2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured:

Područna služba:

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja i MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Šifra doktora specijaliste

Kat. osig.

Spol

Drž. osig.

Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica zdravstvenog osiguranja

Zak. o obv. zdr. osig.*

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

PNTJO

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

PUTNI NALOG

U SVRHU OSTVARIVANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upućuje se u

naziv zdravstvene ustanove, ordinacije privatne prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto**

Konzilijarna zdravstvena zaštita

A

Šifra djelatnosti

Bolničko liječenje

B

Šifra djelatnosti

Specijalistička zdravstvena zaštita

C

Šifra djelatnosti

Ambulantno liječenje

D

Šifra djelatnosti

Šifra dg. prema MKB

Vrsta prijevoznog sredstva***

Pratitelj****

potreban zbog

U

g.

Potpis doktora medicine

M.P.

Potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Putni nalog o potrebi putovanja u svrhu ostvarivanja zdravstvene zaštite vrijedi samo za jedno putovanje (odlazak i povratak).

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

RU/PS

Broj evidencije

OBRAČUN TROŠKOVA PRIJEVOZA

Za osiguranu osobu

Prijevoz sa iz u i povratak, IZNOS kn

Za pratitelja

Prijevoz sa iz u i povratak, IZNOS kn

Za isplatu IZNOS kn

(slovima)

U , g.

Obračunao

Kontrolirao

ZAHTJEV ZA ISPLATU

Molim da mi se troškovi prijevoza isplate na: tekući račun kućnu adresu

Ime i prezime vlasnika tekućeg računa

MB osigurane osobe - vlasnika tekućeg računa

Broj tekućeg računa otvorenog kod

Potpis osigurane osobe

Zahtjevu prilažem:
1. putnu kartu (za odobreno skuplje prijevozno sredstvo)
2. dokaz o uplaćenim doprinosima za obvezno zdravstveno osiguranje (potvrda porezne uprave o stanju duga - za osiguranika obveznika uplate doprinosa)

OVJERA KORIŠTENJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U DRUGOM MJESTU

Potvrđuje se da je osigurana osoba bila u

(naziv zdravstvene ustanove, ordinacije priv.prakse ili isporučitelja pomagala i mjesto)

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

Šifra zdrav. ustan., ordinacije priv. prakse
ili isporučitelja pomagala

na _____

[illegible]