

Podaci o osiguranoj osobi

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

ZDRAVSTVENA USTANOVA
- ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSEHrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranjeŠifra zdravstvene ustanove-
ordinacije privatne prakse

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

--	--	--

Država

M	Ž
---	---

Spol

--	--	--

Kat. osig.

Zak. o obv. zdr. osig.

OR	PB
----	----

Evidencijski broj priznate ozljede na radu/profesionalne bolesti

NALOG Broj _____ ZA PROVOĐENJE ZDRAVSTVENE NJEGE U KUĆI

2. ISPUNJAVA IZABRANI DOKTOR MEDICINE

od

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

 do

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

Prvi put ☐ Nastavno ☐

Dijagnostičko-terapijski postupci iz Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

		Tjedno	Mjesečno	
1. _____	_____ puta	☐	☐	ukupno _____ puta
2. _____	_____ puta	☐	☐	ukupno _____ puta
3. _____	_____ puta	☐	☐	ukupno _____ puta
4. _____	_____ puta	☐	☐	ukupno _____ puta

Dijagnoza: _____

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

Šifra MKB

Obrazloženje

U _____ dne _____ 20 ____ g.

M.P.

Potpis i faksimil izabranog doktora

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

Šifra

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE 1. Regionalni ured _____ Šifra regionalnog ureda 2. Direkcija	LJEČNIČKO POVJERENSTVO Vijeće _____ KLASA: _____ Datum URBROJ: _____
---	---

Na osnovi ovlasti iz Pravilnika o ovlastima, obvezama i načinu rada liječničkih povjerenstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te članka 8. stavka 2. Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja na zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe liječničko povjerenstvo daje

NALAZ
MIŠLJENJE
OCJENU

Liječničko povjerenstvo:

1.	_____	
	Ime, prezime i potpis	Šifra
2.	_____	
	Ime, prezime i potpis	Šifra
3.	_____	
	Ime, prezime i potpis	Šifra

Dostaviti: 1. Osiguraniku / osiguranoj osobi 2. Izabranom doktoru 3. Pismohrana
Uputa osiguranoj osobi: Zbog zaštite prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurana osoba, nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva, ima pravo zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku. Zahtjev za izdavanjem rješenja upućuje se regionalnom uredu, odnosno područnoj službi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje nadležnima prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.