Regionalni ured Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj

.....

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

BAR KOD .....
' 0 1 3 9 7 7 1 1 4 '

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Šifra doktora specijaliste

Kat. osig. | Spol | U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra | PN | TJO | Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Drž.osig. | Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____ | OR | PB | Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

UPUTNICA ZA

Konzilijarna zdravstvena zaštita A	Šifra djelatnosti	Bolničko liječenje B	Šifra djelatnosti
Specijalistička zdravstvena zaštita C	Šifra djelatnosti	Ambulantno liječenje D	Šifra djelatnosti

Upućuje se MEDICINSKO BIOKEMIJSKI LABORATORIJ
(Naziv specijaliste / djelatnosti zdravstvene zaštite) Šifra dij. prema MKB

Uputna dijagnoza | ■ |

Molim, traži se

KKS, AST, ALT, GGT, urea,kreatinin, GUK, Fe, TSH, Kompletna pretraga urina

Napomena : PLAĆA SAM

U Bjelovaru 20. g. M.P

Potpis i faksimil izabranog doktora

Datum primitka na liječenje-pregled-dijagnostiku osigurane osobe:

□ NV'GL

U Bjelovaru, ____ _____20 _ g.

Potpis ovlaštene osobe i pečat zdr. ustanove odnosno odr. priv. prakse