

TISKANICA-4	
PRIJAVA - ODJAVA BORAVKA OSIGURANE OSOBE U UGOVORNIM I TREĆIM DRŽAVAMA HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE PODRUČNA SLUŽBA ili REGIONALNI URED _____	Broj osigurane osobe u Zavodu _____ MB osigurane osobe u Zavodu _____ Broj osigurane osobe u Zavodu (ZZ u inozemstvu) _____
Razlog boravka u ugovornim i trećim državama I. <input type="checkbox"/> rad <input type="checkbox"/> obrazovanje <input type="checkbox"/> stručno usavršavanje <input type="checkbox"/> službeni put II. <input type="checkbox"/> privatno III. <input type="checkbox"/> boravak člana obitelji s osiguranikom	
A. PODATCI O OSIGURANOJ OSOBI MBG _____ Datum rođenja _____ Spol <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> Ž OIB _____ Prezime _____ Ime _____ Adresa: <input type="checkbox"/> P - prebivalište Poštanski broj, naziv pošte _____ Ulica i broj _____ Naselje _____ Prvi dan boravka u ugovornim i trećim državama: _____ Zadnji dan boravka u ugovornim i trećim državama: _____ Država boravka _____	
B. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA - PRAVNE OSOBE Broj obveze _____ Vista obveze _____ Naziv obveznika uplate _____ Adresa (poštanski broj, naziv pošte, ulica i broj, naselje): _____	
C. PODATCI O OBVEZNIKU UPLATE POSEBNOG DOPRINOSA - FIZIČKE OSOBE MBG _____ MB osigurane osobe u Zavodu _____ OIB _____ Prezime _____ Ime _____ Adresa: <input type="checkbox"/> P - prebivalište Poštanski broj, naziv pošte _____ Ulica i broj _____ Naselje _____	
M.P. _____ U _____ dne _____ <small>Ime i prezime podnositelja - ovlaštene osobe</small> <small>Potpis (elektronički potpis podnositelja - ovlaštene osobe)</small>	
Zaprimanje Datum zaprimanja _____ KLASA: _____ UR. BROJ: _____ _____ <small>Potpis ovlaštenog radnika Zavoda</small>	Unos podataka Datum evidentiranja _____ M.P. _____ _____ <small>Interni broj</small> _____ <small>Potpis (elektronički potpis ovlaštenog radnika Zavoda)</small>

HZZO-Direkcija, Zagreb
 ObvUpl-1isk4, V3, 17/12/2013

Poledina TISKANICE - 4

1. Tiskanicu se koristi za **PRIJAVU - ODJAVU - BORAVKA osigurane osobe** u ugovornim i trećim državama
2. Podnositelj prijave obavezan je podatke u Tiskanici 4 čitljivo tintom ili kemijskom olovkom plave ili crne boje, odnosno računalnim ispisom.
3. Podnositelj prijave obavezan je označiti razlog boravka u ugovornim i trećim državama u posebnom kvadratiću.
4. Podnositelj prijave obavezan je prijavu priložiti dokumente propisane Pravilnikom.
5. Tiskanica 4 ispunjava se u 2 primjerka:
 1. primjerak zadržava Zavod
 2. primjerak vraća se podnositelju

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

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

OVA POTVRDA VRJEDI

od

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

do

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

Broj potvrde

**P O T V R D A o pravu na korištenje
zdravstvene zaštite u trećim državama**

Broj osigurane osobe po osnovu boravka u trećim državama

--

<p>Razlog boravka u trećim državama</p> <p>I.* <input type="checkbox"/> rad <input type="checkbox"/> stručno usavršavanje <input type="checkbox"/> obrazovanje <input type="checkbox"/> službeni put</p> <p>II.** <input type="checkbox"/> privatno</p> <p>III.* <input type="checkbox"/> boravak člana obitelji s osiguranikom</p>	<p>Naziv države</p> <p>Kontaktni podaci: E- mail: GSM:</p>
--	--

Osigurana osoba ima pravo na korištenje zdravstvene zaštite u trećim državama i to:

* Potrebnu zdravstvenu zaštitu koja se ne može dogoditi do povratka u Republiku Hrvatsku

** Hitnu medicinsku pomoć

Osigurana osoba sudjeluje u troškovima zdravstvene zaštite prema odredbama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

U _____, _____ 20 ____ . g.

M.P.

.....
(Potpis ovlaštenog radnika Zavoda)



Hrvatski
zavod za
zdravstveno
osiguranje

Croatian
Health
Insurance
Fund

ZAHTJEV I PRIJEDLOG ZA UPUĆIVANJE NA LIJEČENJE U INOZEMSTVO

1. PODACI O OSIGURANOJ OSOBI

Ime i prezime	Datum rođenja
Broj osigurane osobe	Spol M Ž
OIB	
Adresa	
Ime i prezime roditelja za dijete do 18. g.	
E-mail:	GSM:

2. DIJAGNOZA

_____	MKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.
_____	MKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.
_____	MKB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.

Zak. o obv. zdr. osig.

<input type="checkbox"/> OR	<input type="checkbox"/> PB	*
-----------------------------	-----------------------------	---

Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

3. PODACI O TIJEKU BOLESTI I DOSADAŠNJEM LIJEČENJU

4. RAZLOZI ZBOG KOJIH SE PREDLAŽE LIJEČENJE U INOZEMSTVU

5. VRSTA I METODA LIJEČENJA

6. PRIJEDLOG ZDRAVSTVENE USTANOVE U INOZEMSTVU

7. OČEKIVANO TRAJANJE LIJEČENJA U INOZEMSTVU U DANIMA

1	3	5	7	10	14	21	
---	---	---	---	----	----	----	--

8. PRIJEDLOG PRIJEVOZNOG SREDSTVA

SREDSTVO JAVNOG PRIJEVOZA	PUTNIČKI ZRAKOPLOV	SANITETSKI PRIJEVOZ	SANITETSKI ZRAKOPLOV	
---------------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------	--

9. POTREBA PRATNJE

NE

DA

ČLAN OBITELJI/
DRUGA OSOBA

MEDICINSKA SESTRA/
TEHNIČAR

DOKTOR

10. POTREBA SMJEŠTAJA UZ DIJETE

NE

DA

RADI DOJENJA

RADI ZDRAVSTVENOG
STANJA DJETETA

11. NAPOMENA

DATUM

M.P.

DOKTOR SPECIJALIST
ime, prezime i faksimil

član liječničkog konzilija

član liječničkog konzilija

predsjednik liječničkog konzilija ¹

¹ Ukoliko liječenje predlaže liječnički konzilij, prijedlog potpisuju predsjednik konzilija i dva člana

PRILOG:

Medicinska dokumentacija na hrvatskom jeziku

12. IZJAVA OSIGURANE OSOBE

Izjavljujem da sam upoznat-a da u skladu s Pravilnikom o pravima, uvjetima i načinu korištenja prekogranične zdravstvene zaštite. Osigurana osoba koja je na liječenje u inozemstvo **otišla bez rješenja** Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje o upućivanju na liječenje u inozemstvo nema pravo ostvariti to liječenje na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja unatoč prethodno podnesenom zahtjevu.

DATUM

potpis osigurane osobe
podnosioca zahtjeva ²

² za malodobne osigurane osobe, odnosno osigurane osobe pod skrbištvom, zahtjev i izjavu potpisuje zakonski zastupnik odnosno skrbnik