

**KB Merkur**

Zajčeva 19, 10000 Zagreb

+385 1 2253 550

narucivanje@kb-merkur.hr

POTVRDA O NARUDŽBI PACIJENTAIme i prezime pacijenta: **FERIJAN PERKOVIĆ (30.04.1988.)**Matični broj osiguranika: **122311776**Zdravstvena usluga za koju se naručuje: **MR gornjih ekstremiteta**Datum narudžbe: **21.08.2026. (petak) 09:30h**JIN: **005200520260251482**eUputnica: **VEGASOFT_202125/019E3FC33D330000BFA1****Lokacija:**

KB Merkur

Napomena liječnika:

Prilikom pojedinih pregleda na MR i MSCT dijagnostikama koje zahtijevaju aplikaciju kontrastnog sredstva, potrebno je donijeti na uvid LABORATORIJSKI NALAZ uree i kreatinina, ne stariji od dva tjedna.
Kod dolaska na pregled obavezno donijeti MEDICINSKU DOKUMENTACIJU. Za dodatna pitanja obratite se djelatnicima Zavoda za radiologiju.

BOLNIČKA JEDINICA ZA CENTRALNO NARUČIVANJE

POTVRDA O NARUDŽBI PACIJENTA

004400445261050625

bolničko liječenje

specijalistički i subspecijalistički pregled

dijagnostički i terapijski postupak

Ime i prezime pacijenta: FERIJAN PERKOVIĆ (30.04.1988)

Matični broj osiguranika (MBO): 122311776

(podatak iz zdravstvene iskaznice)

Adresa pacijenta: SELSKA CESTA 121/D, 10000 ZAGREB

Telefonski broj ili broj mobitela pacijenta: +385916001520 ;

Zdravstvena usluga za koju se pacijent naručuje: Kontrolni složeni pregled doktora

Šifra postupka: _____

Datum narudžbe pacijenta za zdravstvenu uslugu: 16.06.2026

Datum i sat zakazanog termina za obavljanje zdravstvene usluge: čet 17.09.2026 18:20

u : TRA - Fizikalna ambulanta 2

Kontrola ili fiksni termin po odabiru liječnika/pacijenta:

Rezervaciju primio: _____

Ime i prezime odgovorne osobe: _____

Potvrda o narudžbi pacijenta za zdravstvenu uslugu je izrađena u računalnom sustavu, te je važeća bez potpisa i pečata.

BOLNIČKA JEDINICA ZA CENTRALNO NARUČIVANJE

POTVRDA O NARUDŽBI PACIJENTA

004400445260933538

bolničko liječenje
specijalistički i subspecijalistički pregled
dijagnostički i terapijski postupak

Ime i prezime pacijenta: FERIJAN PERKOVIĆ (30.04.1988)

Matični broj osiguranika (MBO): 122311776
(podatak iz zdravstvene iskaznice)

Adresa pacijenta: SELSKA CESTA 121/D, 10000 ZAGREB

Telefonski broj ili broj mobitela pacijenta: +385916001520 ;

Zdravstvena usluga za koju se pacijent naručuje: Kontrolni složeni pregled doktora

Šifra postupka: _____

Datum narudžbe pacijenta za zdravstvenu uslugu: 26.05.2026

Datum i sat zakazanog termina za obavljanje zdravstvene usluge: čet 19.11.2026 18:20

u : TRA - Fizikalna ambulanta 2, rezervacija upisana za resurs: (liječnika) Rabić Popović Iva

Kontrola ili fiksni termin po odabiru liječnika/pacijenta:

Rezervaciju primio: _____

Ime i prezime odgovorne osobe: _____



KBC Sestre milosrdnice

Vinogradska cesta 29, 10000 Zagreb
+385 1 3787 593

narucivanje.vinogradska@kbcs.m.hr, narucivanje.ilica@kbcs.m.hr, narucivanje.draskoviceva@kbcs.m.hr

POTVRDA O NARUDŽBI PACIJENTA

Ime i prezime pacijenta: **FERIJAN PERKOVIĆ (30.04.1988.)**

Matični broj osiguranika: **122311776**

Zdravstvena usluga za koju se naručuje: **MR cervikalne kralježnice**

Datum narudžbe: **24.12.2026. (četvrtak) 08:00h**

JIN: **004400445260927718**

eUputnica: **VEGASOFT_202125/1779223507937708376AA**

Napomena liječnika:

Molimo pacijenta da u navedenom terminu dođe na adresu: Draškovićeva 19. Kontakt podaci zdravstvene ustanove: Telefon: 01/4697-000