

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Podružni ured 080	F	Broj osigurane osobe 08038332940
OIB	84845426051	
Ime i prezime	MARIJA LOVRIĆ	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	01.02.2001 159274341	
Grad/naselje	SLAVONSKI BROT	
Ulica i broj	STANKA VRAZA 26/A	

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
OPĆA BOLNICA DR. JOSIP BENČEVIĆ

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

0	4	6	2	0	4	6	2	8
---	---	---	---	---	---	---	---	---

PRIJAVA OZLJEDE/BOLESTI

- ☐ 1. **PN** - PROMETNE NESREĆE**
☒ 2. **TJO** - TJELESNE OZLJEDE OD DRUGE OSOBE

*** Broj evidencije prijave 1 6 0 7 / 2 4 g.

Osigurana osoba: MARIJA LOVRIĆ
(ime i prezime osigurane osobe)

ozljeđena je u _____, dana 16.07.2024
(mjesto i vrijeme ozljeđivanja)

1. OSIGURANA OSOBA OZLJEĐENA JE:

- u prometu
tučnjavi
nasiljem u obitelji
na drugi način

2. NAČIN NASTANKA OZLJEDE / BOLESTI:

Dolazi kolima HMS, navodi da ju je gurnuo partner te da je pri tome pala i udarila glavom o pod. Plačljiva, verbalno

agresivna. Druge tegobe negira. Navodi stresnu obiteljsku situaciju.

3. OPIS OZLJEDE/BOLESTI I ŠIFRA DIJAGNOZE PO MKB:

Površinske ozljede glave

MKB (šifra)

S	0	0		

4. UPUĆENA NA DALJNJE LIJEČENJE:

(naziv zdravstvene ustanove)

(šifra zdravstvene ustanove)

5. OZLJEDU POČINIO:

6. POČINITELJ UPUĆEN NA DALJNJE LIJEČENJE:

7. NAPOMENA:

UPUTA

*Obavezno napisati (pretiskati) podatke zdravstvene iskaznice, jasno i čitljivo

**Članak 118. Zakona o obaveznom zdravstvenom osiguranju (samo za prometne nesreće koje je prouzročilo vozilo inozemne registracije).

***Upisati broj evidencije prijave, koji se obavezno sastoji od datuma nastanka uzroka ozljede/bolesti (primjer: 0505 / 06)

1. Prijavu obavezno popunjava ugovorni doktor medicine uposlen u ugovornoj zdravstvenoj ustanovi, odnosno zdravstveni radnik privatne prakse koji je pružio zdravstvenu uslugu ozlijeđenoj osobi, ako na dokumentaciji osigurane osobe nema naznake evidencijskog broja prijave osobe

2. Prijava se podnosi područnom uredu Zavoda, nadležnom prema prebivalištu osigurane osobe, a šifra tog područnog ureda upisana je na iskaznici zdravstveno osigurane osobe u njegovom gornjem uglu i ima tri znamenke.

Šifre područnih ureda Zavoda:

004 PU BJELOVAR, 010 PU ČAKOVEC, 018 PU DUBROVNIK, 026 PU GOSPIĆ, 034 PU KARLOVAC, 037 PU KOPRIVNICA, 040 PU KRAPINA, 060 PU OSIJEK, 065 PU PAZIN, 072 PU RIJEKA, 078 PU SISAK, 079 PU POŽEGA, 080 PU SL. BROT, 082 PU SPLIT, 083 PU ŠIBENIK, 088 PU VARAŽDIN, 090 PU VINKOVCI, 091 PU VIROVITICA, 100 PU ZADAR, 114 PU ZAGREB

MIA HAJNAL DR. MED.

Potpis (faksimil) doktora medicine

7	8	7	4	9	8	7
---	---	---	---	---	---	---

(šifra doktora medicine)

POVRATNICA

HRVATSKI ZAVOD ZA
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE
Regionalni ured Osijek
Područna služba Slavonski Brod
Trg pobjede 4, p.p. 519
35000 Slavonski Brod

03/AC

Oznaka spisa: 502-10/24-07/5025

Naziv otpravka koji se dostavlja:

Broj priloga:



Na adresu primatelja:

Mario Videlić
A. Hebranga 4/29
Slav. Brod

POTVRĐUJEM PRIMITAK POŠILJKE

dan _____

mjesec _____

(dan i mjesec ispisati slovima)

POTPIS Mario Videlić

ODNOS PREMA PRIMATELJU _____

NAPOMENA DOSTAVLJAČA U SLUČAJU NEURUČENJA

(potpis dostavljača)