

RN 64361 202300 64361

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured 034	A	Broj osigurane osobe 07235704998
OIB	93841039036	
Ime i prezime	ŠERIF HUŠIDIĆ	
Godina rođenja i MB osigurane osobe	19.09.2001	
Grad/naselje OGULIN	Ulica i broj ZRINSKI TRG 3	

ZDRAVSTVENA USTANOVA - ORDINACIJA PRIVATNE PRAKSE
OPĆA BOLNICA I BOLNICA BRANITELJA
DOMOVINSKOG RATA OGULIN

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

2	6	6	6	2	6	6	6	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---

PRIJAVA OZLJEDE/BOLESTI

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

*** Broj evidencije prijave

2	8	0	4	/	2	3	g.
---	---	---	---	---	---	---	----

HRVATSKI ZAVOD ZA
ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, ZAGREB
REGIONALNI URED ZAGREB, ZAGREB
034: PODRUČNA SLUŽBA KARLOVAC, KARLOVAC

PRIMLJELO

202-1023-07/111

05-2023

Ustrojstvena jed.

Dioz. Vrijed.

Osigurana osoba: ŠERIF HUŠIDIĆ

(ime i prezime osigurane osobe)

ozljeđena je u _____, dana 28.04.2023

(mjesto i vrijeme ozljeđivanja)

1. OSIGURANA OSOBA OZLJEĐENA JE:

- a) u prometu
- ☒ tučnjavi
- c) nasiljem u obitelji
- d) na drugi način

2. NAČIN NASTANKA OZLJEDE / BOLESTI:

UDARAC ŠAKOM

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

POVRŠINSKA OZLJEDE LICA

MKB (šifra)

4. UPUĆENA NA DALJNJE LIJEČENJE:

(naziv zdravstvene ustanove)

(Šifra zdravstvene ustanove)

5. OZLJEDU POČINIO:

6. POČINITELJ UPUĆEN NA DALJNJE LIJEČENJE:

7. NAPOMENA:

dr.med TOMISLAV RADOČAJ

Potpis i faksimil doktora medicine

7	9	9	3	6	9	2
---	---	---	---	---	---	---

(Šifra doktora medicine)

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)

- 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
- Prijava se podnosi područnom uredu Zavoda, nadležnom prema prebivalištu osigurane osobe, a šifra tog područnog ureda upisana je na iskaznici zdravstveno osigurane osobe u ijevom 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. BROAD, 082 PU SPLIT, 083 PU ŠIBENIK, 088 PU VARAŽDIN, 090 PU VINKOVCI
091 PU VIROVITICA, 100 PU ZADAR, 114 PU ZAGREB