

IME I PREZIME: \_\_\_\_\_

ADRESA PREBIVALIŠTA: \_\_\_\_\_

OIB: \_\_\_\_\_

BROJ TELEFONA/MOB. \_\_\_\_\_

**NAFTALAN,**  
specijalna bolnica za medicinsku rehabilitaciju  
Omladinska 23 a  
10 310 IVANIĆ-GRAD

## Z A H T J E V

za ostvarivanje bolničkog liječenja medicinskom rehabilitacijom/liječenja psorijaze  
na teret Proračuna Zagrebačke županije

Status (zaokružiti):

- a) Hrvatski branitelj iz Domovinskog rata
- b) Dobrovoljni vatrogasac
- c) Osoba oboljela od psorijaze

Ukratko obrazložiti zahtjev

---

---

---

---

---

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(potpis)

PRILOŽITI SLIJEDEĆU DOKUMENTACIJU:

1. Osobna iskaznica (ili drugi dokaz o prebivalištu)
2. Dokument kojim se dokazuje status podnositelja zahtjeva (rješenje, uvjerenje, potvrda) – nije primjenjivo za osobe oboljele od psorijaze
3. Medicinska dokumentacija (mišljenje i nalaz doktora specijalista o potrebi bolničkog liječenja).

NAPOMENA: Svu dokumentaciju dostaviti u preslici, a na zahtjev bolnice dostaviti originale na uvid.

Mišljenje Povjerenstva:

\_\_\_\_\_  
potpis i pečat