

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ortopedska i druga pomagala

Područni ured Broj osigurane osobe

Broj obveze

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA
o ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig. Spol U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig. * prijave ozljede/bolesti Broj evidencije

PN TJO /

I. PODACI O POMAGALU

Broj potvrde

Dijagnoza:

Šifra po MKB

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP *
1.	<input type="text"/>			<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>			<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>			<input type="text"/>
4.	<input type="text"/>			<input type="text"/>

U 20.....g. M.P.

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

Odobrenje broj

Nalaz, mišljenje i ocjena

Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a M.P. Šifra i potpis predsjednika LP-a

Klasa: Ur. broj: U 20.....g.

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

Ugovorni isporučitelj:
(šifra)

Naziv:

R1

Adresa (mjesto, ulica i broj)

Broj računa isporučitelja:

Broj žiro-računa:

Matični broj isporučitelja:

Poziv na broj:

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Šifra proizvođača	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>			
2.		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>			
3.		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>			
4.		<input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>			
Ukupno:						

- 1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn.
- 2. Iznos za pomagala kn.
- 3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn.
- 4. Iznos sudjelovanja kn.
- 5. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn.
- 6. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. kn.

Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom
- BEZ* jamstvenog lista

Datum narudžbe /20.... g.

Mjesto i datum izdavanja računa / 20....g.

.....
Potpis osigurane osobe:

M.P.

.....
Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 13)

Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (**standardno pomagalo**), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirjenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.
Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku **skupljeg - nadstandardnog pomagala**, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno.
Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

.....
Potpis osigurane osobe:

M.P.

.....
Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U / 20....g.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ortopedska i druga pomagala

Područni ured _____ Broj osigurane osobe _____

Broj obveze

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA
o stomatološkim pomagalima

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje

Kat. osig. Spol šifra

Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti

PN TJO Broj evidencije

I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA

(ispunjava doktor stomatologije)

Broj potvrde

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Šifra po MKB

Dijagnoza: _____

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Broj bodova za rad	Cijena materijala
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6. Popravak pomagala					
Ukupno:					

II. SCHEMA PREDLOŽENIH STOMATOLOŠKO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D														L			
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Potrebni rad	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Status	
																Zub	
																Zub	
																Status	
																Potrebni rad	

LEGENDA: AK=Akrilatna krunica FK=Fasetirana krunica LK=Ljevana krunica PM=Puni međučlan
 FM=Fasetirani međučlan X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi KV=Kvačica
 LN=Ljevana nadogradnja
 MFK=Modificirana fasetirana krunica
 MKLJ=Modificirana krunica jednodjelna ljevana

U g. M.P. Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

III. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

Odobrenje broj: /

Nalaz, mišljenje i ocjenu

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P.

Klasa: Ur. broj: U 20..... g.

IV. IZDAVANJE POMAGALA, POPRAVLJENOG POMAGALA (ispunjava ugovorni doktor stomatologije):

Redni broj*	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.		<input type="text"/>		
2.		<input type="text"/>		
3.		<input type="text"/>		
4.		<input type="text"/>		
5.		<input type="text"/>		
6.		<input type="text"/>		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,

2. Iznos sudjelovanja kn,

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn

.....
 Potpis osigurane osobe:

M.P.

.....
 Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U 20..... godine