

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR

Broj osigurane osobe

Broj obveze

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva
- ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

POTVRDA o ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig. 	Spol 	Doplata* Da/Ne	Šifra osl. od dopl. 	Br. police dop. zdr. osig. HZZO/ Broj iskaznice osl. od dopl.
----------------	----------	-------------------	----------------------------	--

Evidencijski broj i godina priznate OR/PB

..... /200.....

Čl. 57. Zak. o zdrav.*

Broj evidencije

OR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PB

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Drž. osig.

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

I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA (ispunjava doktor medicine)

Dijagnoza:

Šifra
po MKB

Redni broj	Naziv pomagala	Količina	Šifra pomagala	Članak Pravilnika
1.				
2.				
3.				

U , 20..... g.

M.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora medicine

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

BR.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Na osnovi članka Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala ("Narodne novine" broj - u daljnjem tekstu Pravilnik), Liječničko povjerenstvo Područnog ureda Zavoda u ; Liječničko povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala Područnog ureda Zavoda u ; Liječničko povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala Direkcije Zavoda* za pomagalo pod rednim brojem

--	--	--

 donosi

Nalaz, mišljenje i ocjenu

1. Odobrava se*

2. Djelomično se odobrava*

3. Ne odobrava se*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra i potpis člana LP-a

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra i potpis člana LP-a

M.P.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra i potpis predsjednika LP-a

■ Osigurana osoba obvezna je, u roku od 30 dana, vratiti Zavodu pomagalo, ako prestane potreba za njegovim korištenjem.

■ Pomagalo podliježe povratu u skladu s Pravilnikom:

Da Ne*

Klasa: Ur. broj:

U , 20..... g.

III. OVJERA (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Pomagalo		Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
			ново	obnovljeno			
1.							
2.							
3.							

Broj potvrde
 /

Šifra doplate

Ukupno:

Identifikacijski broj pomagala

Broj kartice o povratu pomagala

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
 2. Iznos doplate kn,
 3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja Zaštite zdravlja na radu kn.

Osiguranoj osobi u s k r a ć u j e se pravo na pomagalo:

..... a)* prema ocjeni nadležnog lječničkog povjerenstva,

..... b)* pomagalu nije istekao rok uporabe,

..... c)* osigurana osoba ne ispunjava uvjet prethodnog obveznog zdravstvenog osiguranja Zaštite zdravlja na radu u Zavodu,

..... d)* osigurana osoba ne ispunjava uvjete propisane čl. Pravilnika

U / 20 g. M.P. Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Matični broj HZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

Ugovorni isporučitelj:
 (šifra)

Broj potvrde
 /

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.						
2.						
3.						

Ukupno:

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

2. Iznos za pomagala kn,

3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn,

Datum narudžbe /20 g.

4. Iznos doplate kn,

5. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja Zaštite zdravlja na radu kn,

6. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. kn.

Mjesto i datum izdavanja računa , 20 g.

.....
 Potpis osigurane osobe:

M.P.

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

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE:

Poivrdujem primitak pomagala

- SA* jamstvenim listom

- BEZ* jamstvenog lista

U / 20 g.

Potpis osigurane osobe /druge osobe (MB druge osobe)

* - zaokružiti odgovarajuće