

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 očnim pomagalima

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

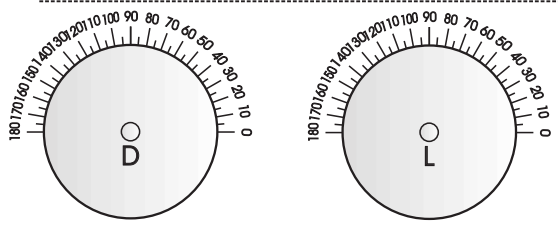
Evidencijski broj i godina priznate OR /PB Čl. 57. Zak. o zdrav.* Broj evidencije osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti

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

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA (ispunjava doktor specijalist oftalmolog)

Dijagnoza:

Šifra po MKB



Uporaba	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
za daljinu	D.o.				
	L.o.				
za blizinu	D.o.				
	L.o.				

Oštrina vida s korekcijom: VOD CC VOS CC

0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0

Razmak zjenica mm

Redni broj	Naziv pomagala	Količina	Šifra pomagala	Članak Pravilnika
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

U M.P. Šifra, potpis i pečat specijaliste oftalmologa

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

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 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

Klasa: Ur. broj: U 20 g.

III. OVJERA (ispunjava ovlašten radnik Zavoda)

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Broj potvrde		Šifra doplate	Ukupno:		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
2. Iznos doplate kn,
3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn.
- Osiguranoj osobi u s k r a ć u j e se pravo na pomagalo:
- a)* prema ocjeni nadležnog liječničkog povjerenstva, Zaštite zdravlja na radu
- 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 HZZO: 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.						
4.						
5.						
Ukupno:						

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

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:

Potvrđujem primitak pomagala

- SA* jamstvenim listom

- BEZ* jamstvenog lista

U / 20 g.

Potpis osigurane osobe /druge osobe (MB druge osobe)

* - zaokružiti odgovarajuće