

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 tiflotehničkim i dodirnim 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.* osig. zašt. zdr. na radu	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da Ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /200.....	OR	<input type="checkbox"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO					PB	<input type="checkbox"/>

I. PODACI O POMAGALU, DIJELOVIMA POMAGALA

(ispunjava specijalist oftalmolog ili specijalist otorinolaringolog)

Šifra po MKB , ,

Dijagnoza:

Naziv pomagala	količina	Šifra pomagala	Članak Pravilnika
		<input type="checkbox"/>	

U / - 20 g.

M.P.

Šifra, potpis i pečat spec. oftalmologa ili spec. otorinolaringologa

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* donosi

Nalaz, mišljenje i ocjenu

1. Odobrava se*

2. 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.

■ Tiflotehnička pomagala podliježu povratu u skladu s Pravilnikom.

Klasa: Ur. broj:

U / - 20 g.

III. OVJERA (ispunjava ovlaštteni radnik Zavoda)

Naziv pomagala	Šifra pomagala	Pomagalo		Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
		ново	obnovljeno			
				Ukupno:		

Broj potvrde
 /

Šifra doplate

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 kn.
 Zaštite zdravlja na radu

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

- a)* prema ocjeni nadležnog liječničkog 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

Broj računa isporučitelja:

Adresa (mjesto, ulica i broj)

Matični broj isporučitelja:

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

Naziv pomagala	Šifra pomagala	Šifra proizvođača	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
				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.
 Zaštite zdravlja na radu
 6. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. kn.

Datum narudžbe /20 g.

Mjesto i datum izdavanja računa / 20 g.

M.P.

Potpis osigurane osobe:

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