

# 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 slušnim, surdotehničkim i govornim 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

OR PB

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

### I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA (ispunjava specijalist otorinolaringolog)

Šifra po MKB

Dijagnoza: .....

2. Prosječan gubitak sluha prema audiogramu na frekvencijama 0,5; 1; 2; i 4 kHz

Šifra po MKB

D uho ..... dB

L uho ..... dB

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

Popravak pomagala: **DA\*** - **NE\***

U ..... / ..... 20 ..... g. M.P. Šifra, potpis i pečat specijaliste 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\* za pomagalo pod rednim brojem **1 2\*** 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 Šifra i potpis predsjednika LP-a

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

M.P.

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

### III. OVJERA (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

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

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 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

M.P.

U ..... / ..... 20 ..... g.

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.						
				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 Zaštite zdravlja na radu ..... kn,  
 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:

Potvrđujem primitak pomagala

- SA\* jamstvenim listom

- BEZ\* jamstvenog lista

U ..... / ..... 20 ..... g.

Potpis osigurane osobe /druge osobe (MB druge osobe)

\* - zaokružiti odgovarajuće

\*\* - za pomagalo koje podliježe PDV-u prema Pravilniku