

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE ZAŠTITE ZDRAVLJA NA RADU

Područna služba HZZOZZR

Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja i  
MB osigurane osobe .....

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove trgovačkog društva  
- ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

Šifra ugovornog isporučitelja

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

## POTVRDA o popravku pomagala

Šifra pomagala koje se popravljaju

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

Identifikacijski broj pomagala

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

(Ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Kat. osig.

--	--	--	--

Spol

--

Doplata\*

--	--	--	--

Da Ne

Šifra osl.  
od dopl.

--	--	--	--

Br. police dop. zdr. osig. HZZO/  
Broj iskaznice osl. od dopl.

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

Drž. osig.

--	--	--	--

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

.....

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB

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

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

Čl. 57. Zak. o zdrav.\*

osig. zašt. zdr. na radu

OR

Broj evidencije

prijave ozljede/bolesti

..... / .....

PB

..... / .....

### I. PODACI O POPRAVKU POMAGALA (ispunjava ugovorni doktor medicine ili ugovorni isporučitelj)

Redni broj	Naziv dijela koji se zamjenjuje ili popravljaju / postupka	Šifra dijela pomagala / postupka	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

Napomena: .....

M.P.

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

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

Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora medicine ili ugovornog isporučitelja

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

BR.

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

Na osnovi članka ..... Pravilnika o uvjetima, načinu i postupku 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 popravak pomagala pod rednim brojem 

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 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 ovlaštení radnik Zavoda)

Redni broj	Šifra dijela pomagala / postupka	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Ukupno:				

Broj potvrde  
 /

Šifra doplate

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

Broj potvrde

Ugovorni isporučitelj:   
 (šifra)

/

Naziv: .....

R1

Adresa (mjesto, ulica i broj) .....

Broj računa isporučitelja: .....

Broj žiro-računa: .....

Matični broj isporučitelja:

Poziv na broj:

Redni broj	Šifra dijela pomagala / postupka	Šifra proizvođača	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
Ukupno:					

Datum narudžbe ..... /20 .... g.

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.

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