

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 izradi ili popravku stomatološkog pomagala

Broj potvrde

Kat. osig.	Spol	Doplata*	Šifra osl. od dopl.	Br. iskaznice 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, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA (ispunjava doktor stomatologije)

Dijagnoza:

Šifra po MKB

Redni broj	Naziv pomagala	Količina	Čl. Pravilnika	Šifra pomagala	Broj bodova
1.				<input type="checkbox"/>	
2.				<input type="checkbox"/>	
3.				<input type="checkbox"/>	
4.				<input type="checkbox"/>	
5.				<input type="checkbox"/>	
6. <i>Popravak pomagala</i>				<input type="checkbox"/>	
<i>Ukupan broj bodova:</i>					

U / 20..... g. M.P.

Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora stomatologije

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 Šifra i potpis predsjednika LP-a

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

III. SCHEMA PREDLOŽENIH STOMATOLOŠKO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D														L		
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Zub
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Zub
																Status
																Potrebni rad

Potrebni rad
Status
Zub
Zub
Status
Potrebni rad

LEGENDA: AK=Akriatna krunica FK=Fasetirana krunica LK=Ljevana krunica PM=Puni međučlan
 FM=Fasetirani međučlan X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi KV=Kvačica
 LN=Ljevana nadogradnja
 MFK=Modificirana fasetirana krunica
 MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna ljevana

M.P. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

U / 20.....g. Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora stomatologije

IV. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda) Broj ovjere: /200... g.

Na osnovi odobrenja iz točke II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA Zavoda, a u skladu s čl. Pravilnika ovjerava se pravo na pomagalo, zamjenu dijela pomagala navedeno pod rednim brojem:

Redni broj*	Šifra pomagala	Cijena		UKUPNO (1.+2.)	% participacije	Iznos participacije	Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja
		rada doktora i zubnog tehničara (1)	materijala zubnog tehničara (2)				
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
				Ukupno:			

odnosno uskraćuje ovjeru prava na pomagalo navedeno pod rednim brojem nadležnog liječničkog povjerenstva, odnosno iz razloga: a)* pomagalu nije istekao rok uporabe; b)* osigurana osoba ne ispunjava uvjet prethodnog obveznog zdravstvenog osiguranja u Zavodu; * suglasno odluci [1][2][3][4][5]

c)* osigurana osoba ne ispunjava uvjete propisane čl. Pravilnika [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 U / 20.....g. M.P. Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

V. IZDAVANJE POMAGALA, POPRAVLJENOG POMAGALA (ispunjava ugovorni doktor stomatologije)

Izdaje se pomagalo navedeno u točki IV. OVJERA POTVRDE pod rednim brojem:

Redni broj*	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Naplaćeni iznos doplate: kn Iznos ukupno obračunate cijene: kn
 Iznos doplate od kn, Iznos za naplatu [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] kn,
 naplaćuje se iz dopunskog zdravstvenog osiguranja iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Potpis osigurane osobe [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] M.P.

U / 20.....g. Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora stomatologije

VI. OBAVIJEST OSIGURANOJ OSOBI ZAVODA - KORISNIKU POTVRDE

- Osigurana osoba obvezna je ovjeriti ovu potvrdu, u pravilu, u područnom uredu Zavoda koji joj je izdao iskaznicu zdravstveno osigurane osobe u roku od 30 dana od dana njenog izdavanja.
- Ovjerenja potvrda vrijedi 30 dana od ovjere u kom je roku osigurana osoba obvezna naručiti pomagalo kod ugovornog doktora stomatologije. Po isteku navedenog roka ovjera potvrde mora se ponoviti ili poništiti u Zavodu.
- Osigurana osoba koja je nezadovoljna isporučenim pomagalom može podnijeti pisani prigovor mjesno nadležnom područnom uredu Zavoda, o kojem će posebno formirano stručno povjerenstvo u izvanpravnom postupku donijeti konačnu odluku.
- Osigurana osoba koja je iz neopravdanih razloga onemogućila izradu naručenog pomagala po mjeri ili nije preuzela izrađeno i ispravno pomagalo obvezna je Zavodu nadoknaditi nastalu štetu.
- Osigurana osoba kojoj je ugovorni doktor uskratio propisivanje prava na pomagalo, može u roku od 8 dana od dana uskraćenog prava izjaviti prigovor nadležnom liječničkom povjerenstvu Zavoda.
- Osigurana osoba koja je nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom nadležnog liječničkog povjerenstva ima pravo nadležnom područnom uredu Zavoda podnijeti zahtjev za donošenje pisanog rješenja.
- Osigurana osoba potpisom o primittku pomagala potvrđuje da je preuzela ispravno pomagalo.

* - zaokružiti odgovarajuće