

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ortopedska i druga pomagala

Područni ured Broj osigurane osobe

Broj obveze

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
ili šifra ugovornog isporučitelja

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA
o ortopedskim i
drugim pomagalima

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokrivna obvezno zdravstveno osiguranje	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJCO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

I. PODACI O POMAGALU

Broj potvrde

Dijagnoza:

Šifra po MKB ,

Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP *
1.	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Da;Ne;
2.	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Da;Ne;
3.	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Da;Ne;
4.	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Da;Ne;

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

U / 20 g. M.P.

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo
ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

Odobrenje broj

Nalaz, mišljenje i ocjena

Šifra i potpis člana LP-a
 Šifra i potpis člana LP-a
 Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P. Klasa:

U / 20 g. Ur. broj:

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni radnik Zavoda) Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

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)

Naziv:

Adresa (mjesto, ulica i broj)

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

R1
Broj računa isporučitelja:
Matični broj isporučitelja:

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.						
Ukupno:						

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,

2. Iznos za pomagala kn,

3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn,

4. Iznos sudjelovanja 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. Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom
- BEZ* jamstvenog lista

M.P.

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 13)

Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (**standardno pomagalo**), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku **skupljeg - nadstandardnog pomagala**, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno.

Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

M.P.

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U / 20 g.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured Broj osigurane osobe Broj obveze Ime i prezime Godina rođenja/MB osigurane osobe Grad/naselje Ulica i broj	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovornog isporučitelja _____ Šifra ugovornog doktora _____
--	---



POTVRDA
o očnim i tiftotehničkim
pomagalima

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Čl. 113., 118. Broj evidencije Zak. o obv. zdr. osig. * prijave ozljede/bolesti
_____	_____	_____	_____	PN TJO _____ / _____
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO			
_____	_____			

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Broj potvrde _____

Dijagnoza: _____ Šifra po MKB _____

D

L

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 zjenjica _____ mm

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP *
1.	_____	_____	_____	Da/Ne
2.	_____	_____	_____	Da/Ne
3.	_____	_____	_____	Da/Ne
4.	_____	_____	_____	Da/Ne

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

M.P. _____
 Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo
 ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

Odobrenje broj _____

Nalaz, mišljenje i ocjena

_____	_____	_____	_____
Šifra i potpis člana LP-a	Šifra i potpis člana LP-a	M.P.	Šifra i potpis predsjednika LP-a
M.P.		Klasa: _____	
U _____, 20 ____ g.		Ur. broj: _____	

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštení radnik Zavoda)

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
2.		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
3.		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
4.		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

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)

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.		[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []			

Ukupno:

- 1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
- 2. Iznos za pomagala kn,
- 3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn,
- 4. Iznos sudjelovanja 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. Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom
- BEZ* jamstvenog lista

..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe
Potpis osigurane osobe:

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 13)

Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (standardno pomagalo), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku **skuplijeg - nadstandardnog pomagala**, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno. Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe
Potpis osigurane osobe:

U / 20 g.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured	Broj osigurane osobe
Broj obveze	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovornog isporučitelja
Ime i prezime	Šifra ugovornog doktora
Godina rođenja/MB osigurane osobe	
Grad/naselje	Ulica i broj



POTVRDA
o slušnim i surdotehničkim pomagalima

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig. * prijava ozljeda/bolesti	Broj evidencije prijave ozljeda/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO				
<input type="text"/>	<input type="text"/>				

I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA

Dijagnoza:

Broj potvrde

Šifra po MKB , ,

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

D uho dB

L uho dB

Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP *
1.	<input type="text"/>			Da:Ne:
2.	<input type="text"/>			Da:Ne:
3.	<input type="text"/>			Da:Ne:
4.	<input type="text"/>			Da:Ne:

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

U 20..... g.

M.P.

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

Odobrenje broj

Nalaz, mišljenje i ocjena

Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a M.P. Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P.

Klasa:

U 20..... g.

Ur. broj:

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštení radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

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)

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.						
Ukupno:						

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,

2. Iznos za pomagala kn,

3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn,

4. Iznos sudjelovanja kn,

Datum narudžbe /20.... g. 5. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn,

6. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. kn.

Mjesto i datum izdavanja računa / 20.....g. Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom

- BEZ* jamstvenog lista

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 13)

Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagala koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (standardno pomagalo), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku skupljeg - nadstandardnog pomagala, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno.

Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U / 20.....g.