

# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Podružni 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 slušnim i surdotehničkim  
pomagalima

Kat. osig. Spol U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

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

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.\* prijave ozljede/bolesti Broj evidencije

PN TJO /

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

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

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*/ovl. dr. Zavoda
1.				Da/Ne
2.				Da/Ne
3.				Da/Ne
4.				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 ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI OVLAŠTENOG DOKTORA 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 ili ovlaštenog doktora Zavoda

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



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

Šifra ugovornog doktora



**POTVRDA**  
o stomatološkim pomagalima

Kat. osig. Spol U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

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

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig. \* prijave ozljede/bolesti Broj evidencije

PN TJO /

**I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA**  
(ispunjava doktor stomatologije)

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Broj potvrde

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Šifra po MKB

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Broj bodova za rad	Cijena materijala
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Popravak pomagala: <b>DA*</b> - <b>NE*</b>				<b>Ukupno:</b>	

**II. SHEMA PREDLOŽENIH STOMATOLOŠKO - PROTETSKIH POSTUPAKA:**

D																L	
																	Potrebni rad
																	Status
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	

**LEGENDA:** FK=Fasetirana krunica LK=Lijevana krunica KV=Kvačica  
X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi  
LN=Lijevana nadogradnja  
MFK=Modificirana fasetirana krunica  
MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna lijevana

M.P. \_\_\_\_\_  
Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo



# HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Podružni ured Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

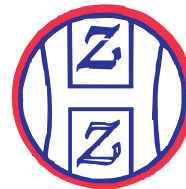
Ime i prezime .....

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

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig. \* prijave ozljede/bolesti

Broj evidencije

Kat. osig.    Spol

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

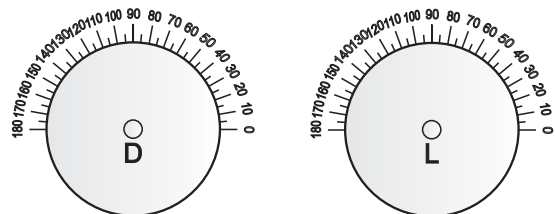
PN TJO    /

### I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza: .....

Broj potvrde

Šifra po MKB



Uporaba	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
za daljinu	D.o.				
	L.o.				
za blizinu	D.o.				
	L.o.				

Oštrina vida s korekcijom: VOD CC

0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

VOS CC

0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

Razmak zjenica ..... mm

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP*/ovl. dr. Zavoda
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\***

M.P.

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

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI OVLAŠTENOG DOKTORA 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 ili ovlaštenog doktora Zavoda

M.P.

Klasa: .....

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

Ur. broj: .....



Podružni 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 pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

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

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.\* prijave ozljede/bolesti Broj evidencije

PN TJO /

**I. PODACI O POMAGALU**

Dijagnoza: .....

Broj potvrde

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*/ovl. dr. Zavoda
1.				Da/Ne
2.				Da/Ne
3.				Da/Ne
4.				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 ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI OVLAŠTENOG DOKTORA 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 ili ovlaštenog doktora Zavoda

M.P. Klasa: .....

U ..... 20.....g. Ur. broj: .....

