

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured

Broj osigurane osobe

Ortopedska i druga pomagala

OIB .....

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	Čl. 113., 118. Zak. o obvr. zdr. osig. * prijave ozljeda/polesti
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	PN TJO <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>			

### 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.	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Da/Ne:
2.	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Da/Ne:
3.	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	Da/Ne:
4.	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" 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 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: .....

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni 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: .....				<b>R1</b>		
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.						
<b>Ukupno:</b>						

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)	
<p>Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (<b>standardno pomagalo</b>), 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 <b>skupljeg - nadstandardnog pomagala</b>, 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.</p>	
..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe Potpis osigurane osobe: .....	..... Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured		Broj osigurane osobe		Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. pratnje			
OIB				Šifra ugovornog doktora			
Ime i prezime							
Godina rođenja/MB osigurane osobe							
Grad/naselje				Ulica i broj			
Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje		Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja			
Drž. osig.				Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. sig.*		Broj evidencije prijave ozljede/bolesti	
				PN TJO		/	
Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO							

Ortopedska i druga pomagala



**POTVRDA**  
o stomatološkim pomagalima

**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>				<i>Ukupno:</i>	

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

<b>D</b>	<b>L</b>																																																						
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td><td> </td><td> </td></tr> </table>																			18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38			Potrebni rad Status Zub Zub Status Potrebni rad
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																								
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																								

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

U ..... / ..... 20..... g.                          M.P.                          Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

**III. OVJERA POTVRDE** (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.		<input type="text"/>	
2.		<input type="text"/>	
3.		<input type="text"/>	
4.		<input type="text"/>	
5.		<input type="text"/>	
6.		<input type="text"/>	

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

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

**IV. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA**

Odobrenje broj:  /

**Nalaz, mišljenje i ocjenu**

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: .....

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

Redni broj*	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.		<input type="text"/>		
2.		<input type="text"/>		
3.		<input type="text"/>		
4.		<input type="text"/>		
5.		<input type="text"/>		
6.		<input type="text"/>		

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

2. Iznos sudjelovanja ..... kn.

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... kn.

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

U ..... / ..... 20 .....godine

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured Broj osigurane osobe

OIB .....


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

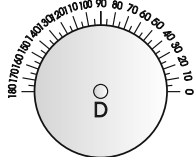
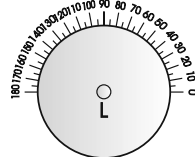
Kaf. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Čl. 113., 118. Zak. o odv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJC <input type="text"/>
Dz. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA**

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

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 ovl. dr. Zavoda
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Da/Ne
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Da/Ne
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Da/Ne
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Da/Ne

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

M.P.

U ..... / ..... 20.....g. Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

**II. ODOBRENJE OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA**

Odobrenje broj

*Nalaz, mišljenje i ocjena*

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog doktora Zavoda

Klasa: .....

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

HZZO-Direkcija, Zagreb  
PatOc V1.2, 28/12/09

\* - označiti odgovarajuće

### III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštení radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
2.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
3.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	
4.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	

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: .....

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

Broj žira-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.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
2.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
3.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			
4.		<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/>			

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

.....  
Potpis osigurane osobe:
M.P.
.....  
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.

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

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

**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Područni ured Broj osigurane osobe

OIB .....

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. <input type="text"/>	Spol <input type="text"/>	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <input type="text"/>	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja <input type="text"/>	Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PN TJO <input type="text"/>	<input type="text"/>

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

**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

.....

Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

D uho ..... dB

L uho ..... dB

.....

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje 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\***

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

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

**II. ODOBRENJE OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA**

Odobrenje broj

*Nalaz, mišljenje i ocjena*

M.P.  Šifra i potpis ovlaštenog doktora Zavoda

Klasa: .....

Ur. broj: .....

### III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni radnik Zavoda)

	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table> <p style="text-align: center; font-size: small;">Broj potvrde</p>																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 8%;">Redni broj</th> <th style="width: 52%;">Naziv pomagala</th> <th style="width: 18%;">Šifra pomagala</th> <th style="width: 22%;">Količina</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: center;">1.</td><td></td><td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">2.</td><td></td><td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">3.</td><td></td><td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: center;">4.</td><td></td><td style="text-align: center;"><table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina	1.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>		2.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>		3.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>		4.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>			
Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina																			
1.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>																				
2.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>																				
3.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>																				
4.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>																				
U ..... / ..... 20.... g.		M.P. <table border="1" style="width: 80px; height: 15px;"> </table>																				
		Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda																				

### IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Ugovorni isporučitelj: <table border="1" style="width: 150px; height: 15px;"> </table> <small>(šifra)</small>	Matični broj HZO: 0 3 5 8 0 2 6 1
Naziv: .....	<b>R1</b>
Adresa (mjesto, ulica i broj) .....	Broj računa isporučitelja: .....
Broj žiro-računa: .....	Matični broj isporučitelja: <table border="1" style="width: 100px; height: 15px;"> </table>
Poziv na broj: <table border="1" style="width: 150px; height: 15px;"> </table>	

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Šifra proizvođača	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>			
2.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>			
3.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>			
4.		<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> </table>			

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

.....  
Potpis osigurane osobe:

M.P.

.....  
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 podmirjenja 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.