

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

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

Šifra ugovornog doktora

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



POTVRDA
o ortopedskim i
drugim pomagalima

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

Kat. osig.	Spol	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 ozljede/bolesti
				PN TJO	/
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig. *	Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti
				OR PB	

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*/ovl. dr. Zavoda
1.				Da/Ne
2.				Da/Ne
3.				Da/Ne
4.				Da/Ne

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

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

