

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

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA
o dentalnim 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.* Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

PNTJC

OR PB

I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA
(ispunjava doktor dentalne medicine)

Broj potvrde

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Dijagnoza:

Šifra po MKB

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

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - 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=lzvađeni 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

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

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

Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

U , 20g.

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 , 20g.

Ur. broj:

V. IZDAVANJE POMAGALA, POPRAVLJENOG POMAGALA (ispunjava doktor dentalne medicine):

Redni broj*	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

2. Iznos sudjelovanja kn,

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U , 20godine