

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Podružni ured Broj osigurane osobe

OIB

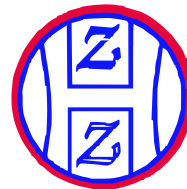
Ime i prezime

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 tiftletehničkim 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

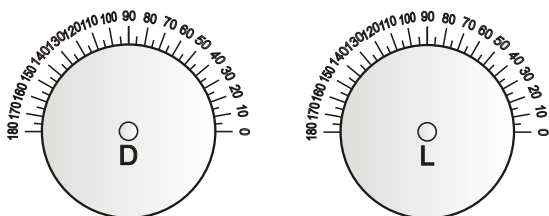
Čl. 24.a, st.1.toč.2. Zak. o obv. zdr. osig.* Evidencijski broj priznate ozljede na radu /profesionalne bolesti

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 ovl. dr. Zavoda
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 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)

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

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

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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U , 20 g.