

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 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.* Broj evidencije prijave ozljede/bolesti PNTJO

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, 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 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 OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA

Odobrenje broj

..... /

Nalaz, mišljenje i ocjena

M.P.

.....

Šifra i potpis ovlaštenog doktora Zavoda

Klasa:

U , 20g.

Ur. broj:

