

**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 | Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti | Broj evidencije  |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                                     | <input type="text"/>                          | PNTJC <input type="text"/>                      | <input type="text"/>   |
| Drž. osig.           | Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO |  |   | Zak. o obv. zdr. osig.*                         | Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                                     |  |   | ORPB <input type="text"/>                       | <input 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 iz Popisa pomagala | Količina | Potrebno odobrenje LP*/ 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 ..... 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

U ..... 20 .....g. M.P. Klasa: ..... Ur. broj: .....

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

Broj potvrde

| Redni broj | Naziv pomagala iz Popisa 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: .....

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

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

Broj žiro-računa: .....

Poziv na broj: .....

**R1**  
Broj računa isporučitelja: .....  
Matični broj isporučitelja: .....  
OIB isporučitelja: .....

| Redni broj     | Naziv isporučenog pomagala | Šifra pomagala iz Popisa pomagala | 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 sudjelovanja ..... kn,  
4. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... kn,  
5. 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 koja je izdala pomagalo

Potpis osigurane osobe: .....

---

**V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE** (članak 15)  
Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz Popisa pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.

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

Potpis osigurane osobe: .....

---

**VI. IZJAVA OSIGURANE OSOBE** (članak 17)  
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.

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

Potpis osigurane osobe: .....

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