

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

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 ili šifra ugovornog isporučitelja _____

Šifra ugovornog doktora _____



POTVRDA
o očnim i tiftlotehničkim
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 _____

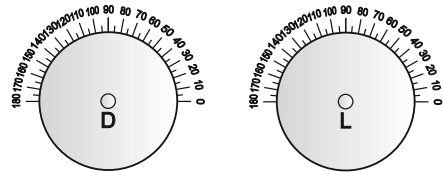
Zak. o obv. zdr. osig.* prijava ozljede/bolesti _____ Broj evidencije _____

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 iz Popisa 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. _____

U _____, _____ 20 _____g.

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 _____, _____ 20 _____g.

Ur. broj: _____

Redni broj	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Šifra pomagala	Količina		
1.					
2.					
3.					
4.					

Broj potvrde:

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) **R1**

Naziv:

Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

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.					
Ukupno:					

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.

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

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.

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne 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.

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U 20 g.