


**HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE**

Ortopedska i druga pomagala

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 _____	 <b>POTVRDA</b> <b>o dentalnim pomagalima</b>
Kat. osig.    Spol                      U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra                      Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____    _____                      _____                      _____	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PNTJC    _____ / _____  Zak. o obv. zdr. osig.* ORPB    _____	Broj evidencije _____  Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____
Drž. osig.                      Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO _____                      _____		

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

Dijagnoza: _____	_____ Broj potvrde _____ Šifra spec. koji je predložio pomagalo _____
_____ _____	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:**

<b>D</b>																	<b>L</b>				
																					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=Liješana krunica KV=Kvačica  
 X=Izvađeni zub                      Z=Zub u protezi  
 LN=Liješana nadogradnja  
 MFK=Modificirana fasetirana krunica  
 MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna liješana

U ..... 20 .....g.                      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.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>									
2.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>									
3.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>									
4.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>									
5.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>									
6.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>									

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

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 ..... , ..... 20 ..... g.

Ur. broj: .....

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

Redni broj*	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Datum									
			narudžbe	isporuke								
1.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
2.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
3.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
4.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
5.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>										
6.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td><td style="width: 10px; height: 15px;"></td></tr> </table>										

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 ..... , ..... 20 ..... godine