

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 pomagalima za  
šećernu bolest

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.\* prijave ozljede/bolesti PNTJOC / \_\_\_\_\_ Broj evidencije \_\_\_\_\_

Zak. o obv. zdr. osig.\* ORPB \_\_\_\_\_ Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti \_\_\_\_\_

I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Broj potvrde

Terapija inzulinom: **DA\*** - **NE\***

Broj primjena inzulina dnevno \_\_\_\_\_

BMI\*

- manji od 18.5
- 18.5 - 24.9
- 25 - 29.9
- 30 i više

Inzulinska pumpa: **DA\*** - **NE\***

Peroralna terapija: **DA\*** - **NE\***

Broj kontrola razine šećera u krvi dnevno \_\_\_\_\_  
(iz predloženog dnevnika samokontrole ili ispisa evidencije uređaja o broju kontrola)

Šifra po MKB

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

Zamjena propisanog pomagala nije dopuštena\*

M.P. \_\_\_\_\_

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_g.

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: \_\_\_\_\_

