

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 oblogama za rane

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: \_\_\_\_\_

Lokalizacija rane (označiti na slici)



OPIS RANE

Veličina\*\*

1-5 cm \_\_\_\_\_

5-10 cm \_\_\_\_\_

10 cm i više \_\_\_\_\_

DUBINA\*\*\*

površinska \_\_\_\_\_

srednje duboka \_\_\_\_\_

duboka \_\_\_\_\_

DNO\*\*\*

nekroza \_\_\_\_\_

fibrinske naslage \_\_\_\_\_

granulacija \_\_\_\_\_

epitelizacija \_\_\_\_\_

Šifra po MKB

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inficirana rana: **DA\*** - **NE\***

Početak primjene terapije oblogama: \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_ g.  
datum

Znakovi cijeljenja rane: **DA\*** - **NE\***

NAPOMENA: \_\_\_\_\_

\*\* upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine

\*\*\*nije obavezan podatak

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Veličina obloge za rane cm x cm	Količina	Potrebno odobrenje ovl. dr. Zavoda
1.	_____	_____	_____	_____	Da;Ne
2.	_____	_____	_____	_____	Da;Ne
3.	_____	_____	_____	_____	Da;Ne
4.	_____	_____	_____	_____	Da;Ne

U \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_ g.

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 \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ 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.					
<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.

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

---

**V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE** (članak 15)  
 Ovim 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: ..... 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 podmirjenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.

Ovim 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: ..... Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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