

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. Prakse
ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



**POTVRDA
o ortopedskim i
drugim pomagalima**

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

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 ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PNTJO	<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"/>

I. PODACI O POMAGALU

Broj potvrde

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dijagnoza:.....

Šifra po MKB

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Šifra i potpis specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP*/ovl. dr. Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

Popravak pomagala: **DA* - NE***

M.P.

U 20g.

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

M.P.

Klasa:

U 20g.

Ur. broj:

