

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Podružni ured _____ Broj osigurane osobe _____

OIB _____

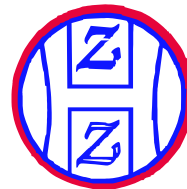
Ime i prezime _____

Godina rođenja/MB osigurane osobe _____

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

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

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA o očnim i tiftletehničkim 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 PNTJC _____ / _____ Broj evidencije _____

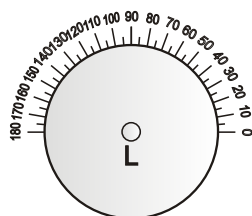
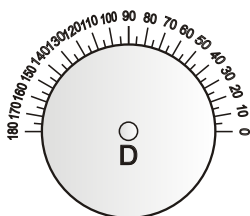
Zak. o obv. zdr. osig.* ORPB _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

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 i barkod pomagala | Naziv pomagala iz Popisa pomagala | Količina | Potrebno odobrenje ovlaštenog doktora Zavoda |
|------------|-------------------------|-----------------------------------|----------|--|
| 1. | | | | DA* - NE* |
| 2. | | | | DA* - NE* |
| 3. | | | | DA* - NE* |
| 4. | | | | DA* - NE* |

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

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: _____

