

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

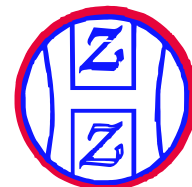
Podružni ured Broj osigurane osobe

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 slušnim i surdotehničkim
 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.* prijave ozljede/bolesti Broj evidencije
 Zak. o obv. zdr. osig.*
 Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

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

.....
 Broj potvrde

Dijagnoza:.....

Šifra po MKB

2. Prosječan gubitak sluha prema audiogramu na frekvencijama 0,5; 1; 2; i 4 kHz

D uho dB
 L uho dB

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 ovlaštenog doktora Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

Popravak pomagala: **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:

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštenu radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz Popisa pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

U , 20g.

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:

OIB: 02958272670

Naziv: Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)

R1

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)

Broj računa isporučitelja:

Šifra maloprodajne lokacije

Matični broj isporučitelja:

OIB

isporučitelja:

Broj

maloprodajnog računa

Poziv na broj:

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
			Ukupno:		

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) kn

2. Iznos sudjelovanja kn

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn

4. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. 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)

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz Popisa pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

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 podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.Ovom 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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U , 20g.