

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 ugovorne maloprodajne lokacije

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.* prijave 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 _____

SEKRECIJA***

bez sekrecije _____

slaba _____

srednja _____

jaka _____

obilna _____

SEKRET***

serozan _____

sukrvav _____

gnojan _____

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

Početak primjene terapije oblogama: _____ /20____ g.
datum

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

NAPOMENA: _____

**upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine (obavezan podatak)

***nije obavezan podatak

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Veličina obloge za rane cm x cm	Šifra veličine obloge	Količina	Potrebno odobrenje ovlaštenog doktora Zavoda
1.						DA* - NE*
2.						DA* - NE*
3.						DA* - NE*
4.						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: _____

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni 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
 OIB: 02958272670

Ugovorni isporučitelj:

Naziv: Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)

Šifra maloprodajne lokacije

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

R1

Broj računa isporučitelja:

Matični broj isporučitelja:

OIB isporučitelja:

Broj maloprodajnog računa

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

- Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) kn
- Iznos sudjelovanja kn
- Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn
- 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. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

Potpis osigurane osobe:

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.