

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

Šifra ugovornog doktora



**POTVRDA
o dentalnim 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.* Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

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

I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA
(ispunjava doktor dentalne medicine)

Broj potvrde

Dijagnoza: _____

Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo

Šifra po MKB

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala	Količina	Broj bodova za rad	Cijena materijala
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Popravak pomagala: DA* - NE*			Ukupno:		

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D															L	
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	Potrebni rad
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	Status
																Zub
																Zub
																Status
																Potrebni rad

LEGENDA: FK=Fasetirana krunica LK=Lijevana krunica KV=Kvačica
 X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi
 LN=Lijevana nadogradnja
 MFK=Modificirana fasetirana krunica
 MKLJ=Modificirana krunica jednodjelna lijevana

M.P.

U 20g. Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

