HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Regionalni ured | Područna služba

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje | Ulica i broj

.....

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

Šifra ugovornog doktora

Naziv,adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo

.....

.....

.....

.....

POTVRDA o ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig. | Spol | U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra | Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO / Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

Drž. osig. | Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata

I. PODACI O POMAGALU

Broj potvrde

Dijagnoza:.....

.....

Šifra po MKB

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 ....., ... 20 .....g.

Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

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 člana LP-a

M.P.

Klasa: .....

U ....., ... 20 .....g.

Ur. broj: .....

* - označiti odgovarajuće (obavezan podatak)

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

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

U ....., ..., 20 .....g.

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Ugovorni isporučitelj:

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

OIB: 02958272670

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	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.

M.P.

.....

Potpis osigurane osobe:

.....

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.

M.P.

.....

Potpis osigurane osobe:

.....

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U ....., ..., 20 .....g.