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 očnim i tiflotehničkim 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

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

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

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

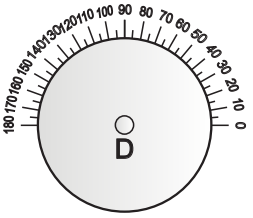
I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

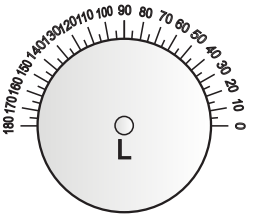
Broj potvrde

Dijagnoza: .....

.....

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.

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

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

II. ODOBRENJE 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)

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1

OIB: 02958272670

Ugovorni isporučitelj:

Naziv: ..... Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) .....

R1

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj) .....

Broj računa isporučitelja: _____

Šifra maloprodajne lokacije .....

Matični broj isporučitelja: _____

Broj žiro-računa: .....

OIB isporučitelja: _____

Poziv na broj: ....

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.