


Regionalni ured	Područna služba	 <p>Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje</p>	Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo _____ _____ _____															
MBO	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 <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td> </tr> </table> Šifra ugovornog doktora <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td><td style="width:20px;"> </td> </tr> </table>																

POTVRDA o ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Šifra <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnica, europska kartica ZO ili certifikata			Zak. o obv. zdr. osig.*	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

I. PODACI O POMAGALU

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/ovi, dr. Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

Popravak pomagala: **DA* - NE***

U 20 g. M.P. _____

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

Klasa: M.P. _____ Ur. broj:

U 20 g.



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

Broj potvrde

U 20

M.P. Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Ugovorni isporučitelj: Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj)

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)

Šifra maloprodajne lokacije

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

Matični broj HZZO: 0 3 5 8 0 2 6 1
OIB: 02958272670

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.

M.P.

Potvrđujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom
- BEZ* jamstvenog lista

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 podmirjenja 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

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe
Grad/naselje Ulica i broj



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

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

.....

Šifra ugovornog doktora

.....

POTVRDA o očnim i tiflotehničkim pomagalima

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

Kat. osig. Spol

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

Zak. o obv. zdr. osig.* prijava ozljede/bolesti Broj evidencije

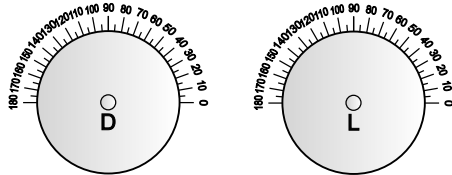
Zak. o obv. zdr. osig.* Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza:

.....
Broj potvrde

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 20g.

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

Klasa:

M.P.

Ur. broj:

U 20g.



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

Broj potvrde

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
Ugovorni isporučitelj: 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.

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe
Grad/naselje Ulica i broj



Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

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

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 Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

.....

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

.....

Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PNTJC /

Zak. o obv. zdr. osig.* ORPB

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, 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

Klasa:

M.P.

Ur. broj:

U , 20..... g.



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

Broj potvrde

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
 Ugovorni isporučitelj: 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.

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe
Grad/naselje Ulica i broj



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

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

Šifra ugovornog doktora

POTVRDA o pomagalima za šećernu bolest

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

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

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, DIJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA

Dijagnoza:

Broj potvrde

Terapija inzulinom: **DA*** - **NE***

Broj primjena inzulina dnevno *

BMI*
 manji od 18.5

Inzulinska pumpa: **DA*** - **NE***

18.5 - 24.9

Peroralna terapija: **DA*** - **NE***

25 - 29.9

30 i više

Broj kontrola razine šećera u krvi dnevno
(iz predočenog dnevnika samokontrole ili ispisa evidencije uređaja o broju kontrola)

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*

Zamjena propisanog pomagala nije dopuštena

M.P.

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

U 20g.

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

Klasa:

M.P.

Ur. broj:

U 20g.



III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštení 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

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 pomagala iz Popisa pomagala	Naziv pomagala iz Popisa 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

.....
Potpis osigurane osobe:

M.P.

.....
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 podmirjenja 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.

Regionalni ured Područna služba MBO OIB Ime i prezime Datum rođenja Adresa osig. osobe Grad/naselje Ulica i broj	 Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije [.....] Šifra ugovornog doktora [.....]
Kat. osig. [.....] Spol [.....] U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra [.....] Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja [.....]	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PNTJC [.....] / [.....]	Broj evidencije [.....]
Drž. osig. [.....] Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata [.....]	Zak. o obv. zdr. osig.* OR/PB [.....]	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti [.....]

POTVRDA o oblogama za rane

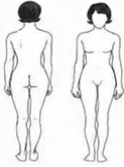
I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza:

[.....] Broj potvrde

Šifra po MKB [.....]

Lokalizacija rane (označiti na slici)



OPIS RANE	DUBINA***	DNO***	SEKRECIJA***	SEKRET***
Veličina**	površinska _____	nekroza _____	bez sekrecije _____	serozan _____
1-5 cm _____	srednje duboka _____	fibrinske naslage _____	slaba _____	sukrvav _____
5-10 cm _____	duboka _____	granulacija _____	srednja _____	gnojna _____
10 cm i više _____		epitelizacija _____	jaka _____	
			obilna _____	

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. _____

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

Klasa: M.P. Ur. broj:

U _____,20 ____g.



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		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)					
Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj)		R1 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	Šifra veličine obloge	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.	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.		
.....	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	