Regionalni ured Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj

.....

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Naziv,adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse u kojoj se propisuje pomagalo / naprava

.....

.....

.....

.....

POTVRDA o dentalnim pomagalima / napravama

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 kartica ZO ili certifikata

I. PODACI O POMAGALU / NAPRAVI, POPRAVKU POMAGALA / NAPRAVE I DIJELOVIMA POMAGALA / NAPRAVE

(ispunjava doktor dentalne medicine)

Broj potvrde

Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo / napravu

Dijagnoza: _____

Šifra po MKB

Vrsta ** ortodontske anomalije

Redni broj	Šifra pomagala / naprave	Naziv pomagala / naprave	Količina	Cijena pomagala / naprave	Cijena materijala	Ukupna cijena
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
Popravak pomagala / naprave: *DA** - *NE**			Ukupno:			

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D L

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

M.P.

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

Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo / napravu

HZZO-Direkcija, Zagreb
DentPom V16, 12/03/2014

* - označiti odgovarajuće (obavezan podatak)

** - upisati odgovarajući broj od 1. do 14. iz članka 4. stavka 1. Pravilnika

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Naziv pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

U ....., ... 20 .....g. M.P. .....

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA

Odobrenje broj: ..... / .....

N a l a z, m i š l j e n j e i o c j e n u

....

Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P. Klasa: .....

U ....., ... 20 .....g. Ur. broj: .....

V. IZDAVANJE POMAGALA / NAPRAVE, POPRAVLJENOG POMAGALA / NAPRAVE (ispunjava doktor dentalne medicine):

Redni broj*	Šifra pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Naziv pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

1. Ukupan iznos za pomagala / naprave ..... kn

2. Iznos sudjelovanja ..... kn

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... kn

.....

Potpis osigurane osobe:

U ....., ... 20 .....godine M.P. .....

Ime, prezime i potpis doktora dentalne medicine