

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 ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PNTJQ <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> / <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							Broj evidencije _____
Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata _____			Zak. o obv. zdr. osig.* ORPB <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____					

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 liječničkog povjerenstva
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 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 člana LP-a _____

KLASA:

M.P. URBROJ:

U , 20g.



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)
 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

..... 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 očnim i tiftotehničkim pomagalima

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

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

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

Zak. o obv. zdr. osig.*

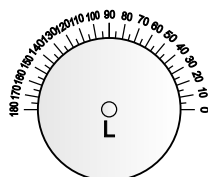
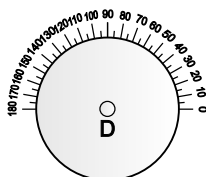
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

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 liječničkog povjerenstva 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 člana LP-a

KLASA:

M.P.

URBROJ:

U 20g.



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 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 putovnica, europska kartica ZO ili certifikata

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

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA

Dijagnoza:.....

2. Prosječan gubitak sluha prema audiogramu na frekvencijama 0,5; 1; 2; i 4 kHz

D uho dB

L uho dB

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

Popravak pomagala: DA* - NE*

U 20..... g.

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Nalaz, mišljenje i ocjena

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

KLASA: URBROJ:

U 20..... g.



III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni 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

..... M.P. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

Potpis osigurane osobe: Ime, prezime i potpis odgovorne 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. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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. Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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 Ulica i broj

Grad/naselje



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

I. PODACI O POMAGALU, DIJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA

Broj potvrde

Dijagnoza:

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

Broj primjena inzulina dnevno *

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

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

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

- BMI*
- manji od 18.5
 - 18.5 - 24.9
 - 25 - 29.9
 - 30 i više

Šifra po MKB

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

Zamjena propisanog pomagala nije dopuštena

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 člana LP-a


KLASA:

M.P.

URBROJ:

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

POTVRDA o oblogama za rane

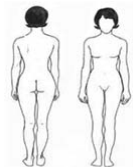
I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

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 _____	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 liječničkog povjerenstva Zavoda
1.						DA* - NE*
2.						DA* - NE*
3.						DA* - NE*
4.						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 člana LP-a

KLASA: M.P. URBROJ:

U 20g.

