


Regionalni ured	Područna služba	 Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	Naziv, adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuju pomagalo
MBO .....			
OIB .....			
Ime i prezime .....			
Datum rođenja .....			
Adresa osig. osobe	Ulica i broj	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Grad/naselje		Šifra ugovornog doktora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## POTVRDA o pomagalima za šećernu bolest

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

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

Dijagnoza: .....

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

Broj primjena inzulina dnevno \* .....

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

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

Druga supkutana 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

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

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

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

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

Nalaz, mišljenje i ocjena

Šifra i potpis člana LP-a

KLASA: .....

Šifra i potpis člana LP-a


M.P. URBROJ: .....

Šifra i potpis člana LP-a

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

HZZO-Direkcija, Zagreb  
PotSecBol\_V4\_22/03/2016

\* - označiti odgovarajuće (obavezan podatak)



**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 ..... 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

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 (\$ PDV-om)	Iznos u kn (\$ PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
Ukupno:					

1. Ukupan iznos za pomagala (\$ 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.