

Cambja, Antuna Dominka, prof. dr. sc. Igora Glihe, Gorana Goluže, Gordane Jalšovečki i Lidije Vidjak, članova Vijeća, na 81. sjednici održanoj 20. listopada 2022., donijelo je

## ODLUKU

Za suca Općinskog suda u Vinkovcima imenuje se NIKO SKOBLAR, sudski savjetnik u Općinskom sudu u Sesvetama.

Broj: IS-14/22-16

Zagreb, 20. listopada 2022.

Predsjednik  
Državnog sudbenog vijeća  
**Darko Milković**, v. r.

## HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

267

Na osnovi članka 24. stavka 3. i članka 25. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (»Narodne novine«, broj 80/13., 137/13. i 98/19.) i članka 26. točke 6. Statuta Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (»Narodne novine«, broj 18/09., 33/10., 8/11., 18/13., 1/14., 83/15. i 108/21.) Upravno vijeće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na 68. sjednici održanoj 30. siječnja 2023. godine, donijelo je

## PRAVILNIK

### O IZMJENI PRAVILNIKA O DENTALNOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI IZ OBVEZNOG ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA

#### Članak 1.

U Pravilniku o dentalnoj zdravstvenoj zaštiti iz obveznog zdravstvenog osiguranja (»Narodne novine«, broj 146/13., 160/13., 34/14., 66/14., 62/15., 129/17., 22/20. i 150/22.) tiskanica potvrde o dentalnim pomagalicama/napravama iz članka 8. stavka 2. mijenja se, tiskana je uz ovaj Pravilnik i čini njegov sastavni dio.

#### Članak 2.

Ovaj Pravilnik stupa na snagu prvoga dana od dana objave u »Narodnim novinama«.

Klasa: 025-04/23-01/15

Urbroj: 338-01-01-23-01

Zagreb, 30. siječnja 2023.

Predsjednik  
Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda  
za zdravstveno osiguranje  
**prof. dr. sc. Drago Prgomet, dr. med. spec.**, v. r.

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 u kojoj se propisuje pomagalo / naprava

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--

## POTVRDA o dentalnim pomagalima / napravama

Kat. osig.  Spol  U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra  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  Broj evidencije

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

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

(ispunjava doktor dentalne medicine)

Broj potvrde

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo / napravu

Šifra po MKB  .   .

Vrsta \*\* ortodontske anomalije

Redni broj	Šifra pomagala / naprave	Naziv pomagala / naprave	Gornja (G) / donja (D) čeljust***	Količina	Cijena pomagala / naprave	Cijena materijala	Ukupna cijena
1.			G / D				
2.			G / D				
3.			G / D				
4.			G / D				
5.			G / D				
6.			G / D				

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=Liješana krunica KV=kvačica  
 X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi  
 LN=Liješana nadogradnja  
 MFK=Modificirana fasetirana krunica  
 MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna liješana

M.P. \_\_\_\_\_  
 U ..... 20 .....g. Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo / napravu

**III. OVJERA POTVRDE** (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Redni broj	Šifra pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Naziv pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Gornja (G) / donja (D) Čeljust***	Količina
1.			G / D	
2.			G / D	
3.			G / D	
4.			G / D	
5.			G / D	
6.			G / D	

U ..... , ..... 20 .....g. M.P. ....  
Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

**IV. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA**

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

**Nalaz, mišljenje i ocjenu**

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

M.P.      KLASA: .....

U ..... , ..... 20 .....g.      URBROJ: .....

**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 ..... EUR  
 2. Iznos sudjelovanja ..... EUR  
 3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... EUR

.....  
 Potpis osigurane osobe:

U ..... , ..... 20 .....godine      M.P. ....  
Ime, prezime i potpis doktora dentalne medicine