

Područni ured Broj osigurane osobe

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA
o stomatološkim pomagalima

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

Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO

Čl. 113., 118. Zak. o obv. zdr. osig. * prijave ozljede/bolesti Broj evidencije

PN TJO /

I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA
(ispunjava doktor stomatologije)

Dijagnoza: _____

Broj potvrde

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Šifra po MKB

| Redni broj | Šifra pomagala | Naziv pomagala | Količina | Broj bodova za rad | Cijena materijala |
|------------------------------|----------------|----------------|----------|--------------------|-------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| Popravak pomagala: DA* - NE* | | | | Ukupno: | |

II. SHEMA PREDLOŽENIH STOMATOLOŠKO - 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. _____
Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

