

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured _____ Broj osigurane osobe _____

Broj obveze

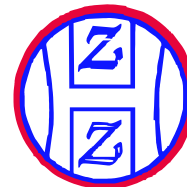
Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje _____ Ulica i broj _____

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
ili šifra ugovornog isporučitelja

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA o očnim i tiftotehničkim pomagalima

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra _____ Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____

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

Kat. osig. _____ Spol _____

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

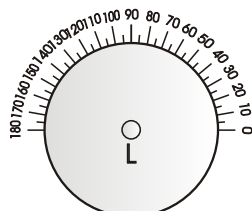
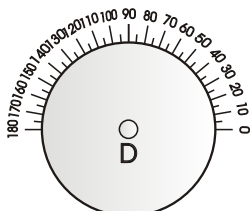
PN TJO _____ / _____

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.				

Oština 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 pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje ovl. dr. Zavoda
1.				Da/Ne
2.				Da/Ne
3.				Da/Ne
4.				Da/Ne

Popravak pomagala: **DA*** - **NE***

M.P. _____

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

II. ODOBRENJE OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA

Odobrenje broj _____

Nalaz, mišljenje i ocjena

Šifra i potpis člana LP-a _____ M.P. _____ Šifra i potpis predsjednika LP-a ili ovlaštenog doktora Zavoda _____

M.P. _____

Klasa: _____

U _____ / _____ 20 _____ g.

Ur. broj: _____

