

Područni ured Broj osigurane osobe

Broj obveze .....

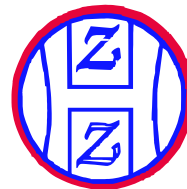
Ime i prezime .....

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 ortopedskim i  
drugim 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**

Dijagnoza: .....

Broj potvrde

Šifra po MKB

Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP*/ovl. dr. Zavoda
1.				Da/Ne
2.				Da/Ne
3.				Da/Ne
4.				Da/Ne

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

U ..... 20.....g. M.P. Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

**II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA**

Odobrenje broj /

*Nalaz, mišljenje i ocjena*

Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis predsjednika LP-a ili ovlaštenog doktora Zavoda

U ..... 20.....g. M.P. Klasa: ..... Ur. broj: .....

