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 slušnim i surdotehničkim pomagalima

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

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

Drž. osig.

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

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

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

Šifra po MKB , , ,

2. Prosječan gubitak sluha prema audiogramu na frekvencijama 0,5; 1; 2; i 4 kHz

Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

D uho ..... *dB*

L uho ..... *dB*

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

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.

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

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

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: .....

HZZO-Direkcija, Zagreb
PotSlu V1.1, 28/08/09

* - označiti odgovarajuće

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	*Naziv pomagala*	*Šifra 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

Ugovorni isporučitelj: *(šifra)*

Naziv: .....

R1

Adresa (mjesto, ulica i broj) .....

Broj računa isporučitelja: .....

Broj žiro-računa: .....

Matični broj isporučitelja:

Poziv na broj:

Redni broj	*Naziv pomagala*	*Šifra pomagala*	*Šifra proizvođača*	*Količina*	*Jedinična cijena u kn (s PDV-om)*	*Iznos u kn (s PDV-om)*
1.						
2.						
3.						
4.						
				Ukupno:		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) ..... *kn,*

2. Iznos za pomagala ..... *kn,*

3. Iznos za postupke (u ljekarni) ..... *kn,*

4. Iznos sudjelovanja ..... *kn,*

5. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... *kn,*

6. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. ..... *kn.*

Datum narudžbe ..... */20* ..... *g.*

Mjesto i datum izdavanja računa ..... , ... *20 ..... g.*

Potvrđujem primitak pomagala - *SA** *jamstvenim listom*

- *BEZ** *jamstvenog lista*

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 13)

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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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