HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Ortopedska i druga pomagala

Područni ured

Broj osigurane osobe

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Broj obveze .....

Ime i prezime .....

Godina rođenja/MB osigurane osobe .....

Grad/naselje

Ulica i broj

POTVRDA
o stomatološkim 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, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA

(ispunjava doktor stomatologije)

Broj potvrde

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Dijagnoza:

Šifra po MKB

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

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

II. SHEMA PREDLOŽENIH STOMATOLOŠKO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D L

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Potrebni rad

Status

Zub

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.

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

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

HZZO-Direkcija, Zagreb
StoPom V11, 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.			
5.			
6.			

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

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA

Odobrenje broj: ___ / _____

N a l a z, m i š l j e n j e i o c j e n u

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P.

Klasa: .....

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

Ur. broj: .....

V. IZDAVANJE POMAGALA, POPRAVLJENOG POMAGALA (ispunjava ugovorni doktor stomatologije):

Redni broj*	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

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

2. Iznos sudjelovanja ..... *kn,*

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... *kn*

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U ..... , ... 20 ..... godine