

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

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA o očnim pomagalima

Kat. osig. _____ Spol _____ Doplata* Da Ne

Šifra osl. od dopl. _____ Br. police dop. zdr. osig. HZZO/ Broj iskaznice osl. od dopl. _____

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

Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.* prijava ozljede/bolesti
 PN TJO _____ / _____

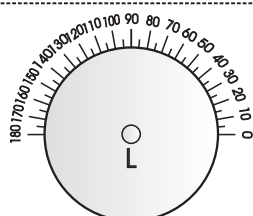
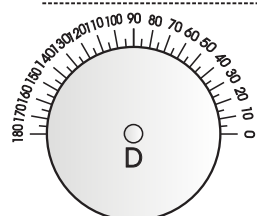
Čl. 76. Zak. o zdrav.* Broj evidencije osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti
 PB OR _____ / _____

Evidencijski broj i godina priznate OR /PB _____ /200_____

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA (ispunjava doktor specijalist oftalmolog)

Šifra po MKB _____

Dijagnoza: _____



Uporaba	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
za daljinu	D.o.				
	L.o.				
za blizinu	D.o.				
	L.o.				

Oštrina 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	Naziv pomagala	Količina	Šifra pomagala	Članak Pravilnika
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

U _____ M.P. _____

Šifra, potpis i pečat specijaliste oftalmologa

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZAVODA

BR. _____

Na osnovi članka _____ Pravilnika o uvjetima i načinu ostvarivanja prava na ortopedska i druga pomagala ("Narodne novine" broj _____ u daljnjem tekstu Pravilnik), Liječničko povjerenstvo Područnog ureda Zavoda u _____ ; Liječničko povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala Područnog ureda Zavoda u _____ ; Liječničko povjerenstvo za ortopedska i druga pomagala Direkcije Zavoda* za pomagalo pod rednim brojem

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 * donosi

Nalaz, mišljenje i ocjenu

1. Odobrava se* 2. Djelomično se odobrava* 3. Ne odobrava se*

Šifra i potpis člana LP-a _____ M.P. _____ Šifra i potpis predsjednika LP-a _____

Klasa: _____ Ur. broj: _____ U _____ 20_____g.

III. OVJERA (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
Broj potvrde		Šifra doplate	Ukupno:		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
 2. Iznos doplate kn,
 3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn.

Osiguranoj osobi u s k r a ć u j e se pravo na pomagalo:

..... a)* prema ocjeni nadležnog liječničkog povjerenstva,
 b)* pomagalu nije istekao rok uporabe,
 c)* osigurana osoba ne ispunjava uvjet prethodnog obveznog zdravstvenog osiguranja u Zavodu,
 d)* osigurana osoba ne ispunjava uvjete propisane čl. Pravilnika

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)

Broj potvrde

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.						
5.						
Ukupno:						

1. Ukupan iznos (s PDV-om) kn,
 2. Iznos za pomagala kn,
 3. Iznos za postupke (u ljekarni) kn,
 4. Iznos doplate 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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE:

Potvrđujem primitak pomagala

- SA* jamstvenim listom

- BEZ* jamstvenog lista

U / 20 g.

Potpis osigurane osobe /druge osobe (MB druge osobe)

* - zaokružiti odgovarajuće