

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 ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig. Spol Doplata* 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.* prijave ozljede/bolesti

Čl. 76. Zak. o zdrav.* osig. zašt. zdr. na radu prijave ozljede/bolesti

Evidencijski broj i godina priznate OR/PB

I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA (ispunjava doktor medicine)

Dijagnoza:

Šifra po MKB

Redni broj	Naziv pomagala	Količina	Šifra pomagala	Članak Pravilnika
1.				
2.				
3.				

U 20.....g.

M.P.

Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora medicine

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*** donosi

Nalaz, mišljenje i ocjenu

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

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

■ Osigurana osoba obvezna je, u roku od 30 dana, vratiti Zavodu pomagalo, ako prestane potreba za njegovim korištenjem.

■ Pomagalo podliježe povratu u skladu s Pravilnikom: **Da Ne***

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

III. OVJERA (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Redni broj	Naziv pomagala	Šifra pomagala	Pomagalo		Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
			ново	obnovljeno			
1.							
2.							
3.							

Broj potvrde

Šifra doplate

Ukupno:

Identifikacijski broj pomagala

Broj kartice o povratu pomagala

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 lječničkog 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 HZO: 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.						

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.

..... M.P.
 Potpis osigurane osobe: ime, prezime i potpis odgovorne osobe

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE:

Poivrdujem primitak pomagala - SA* jamstvenim listom - BEZ* jamstvenog lista

U / 20 g. Potpis osigurane osobe /druge osobe (MB druge osobe)

* - zaokružiti odgovarajuće