

# 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 izradi ili popravku stomatološkog pomagala

Broj potvrde

Kat. osig.	Spol	Doplata*	Šifra osl. od dopl.	Br. iskaznice dop. zdr. osig. HZZO/ Broj iskaznice osl. od dopl.	Čl. 119 Zak. o obv. zdr. osig.*	Broj evidencije
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Da/Ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PN TJO	<input type="checkbox"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO		Evidencijski broj i godina priznate OR/PB		Čl. 76. Zak. o zdrav.*	Broj evidencije
<input type="checkbox"/>			/200		PB OR	<input type="checkbox"/>

### I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA

(ispunjava doktor stomatologije)

Dijagnoza: \_\_\_\_\_

Šifra po MKB

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Redni broj	Naziv pomagala	Količina	Čl. Pravilnika	Šifra pomagala	Broj bodova
1.				<input type="checkbox"/>	
2.				<input type="checkbox"/>	
3.				<input type="checkbox"/>	
4.				<input type="checkbox"/>	
5.				<input type="checkbox"/>	
6. <b>Popravak pomagala</b>				<input type="checkbox"/>	
<i>Ukupan broj bodova:</i>					

U ..... / ..... 20..... g.

M.P.

Šifra, potpis i pečat ugovornog doktora stomatologije

### 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     \* 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

Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P.

Klasa: ..... Ur. broj: .....

U ..... / ..... 20..... g.

