

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 stomatološkim pomagalima**

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

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

Kat. osig. Spol

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

PN TJO /

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. Popravak pomagala					
				<i>Ukupno:</i>	

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: AK=Akrilatna krunica FK=Fasetirana krunica LK=Ljevana krunica PM=Puni međučlan
 FM=Fasetirani međučlan X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi KV=Kvačica
 LN=Ljevana nadogradnja
 MFK=Modificirana fasetirana krunica
 MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna lijevana

M.P. _____

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

U / 20..... g.

