

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Područni ured Broj osigurane osobe

OIB

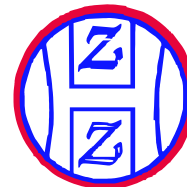
Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
ili šifra ugovornog isporučitelja

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA o očnim i tiftotehničkim pomagalima

Kat. osig. Spol U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

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

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

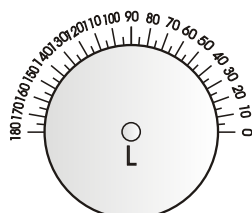
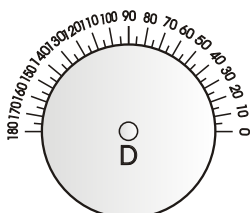
PN TJO

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza:

Broj potvrde

Šifra po MKB



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

Oština 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	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Potrebno odobrenje ovl. dr. Zavoda
1.				Da/Ne
2.				Da/Ne
3.				Da/Ne
4.				Da/Ne

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

M.P.

Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

II. ODOBRENJE OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA

Odobrenje broj

Nalaz, mišljenje i ocjena

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog doktora Zavoda

Klasa:

Ur. broj:

