

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 slušnim i surdotehničkim
 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 kartica ZO

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

I. PODACI O POMAGALU, DJELOVIMA POMAGALA I POTROŠNOM MATERIJALU IZ ISTE SKUPINE POMAGALA

.....
 Broj potvrde

Dijagnoza:

Šifra po MKB ,
 ,

2. Prosječan gubitak sluha prema audiogramu na frekvencijama 0,5; 1; 2; i 4 kHz

.....
 Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

D uho dB

L uho dB

.....
 Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

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***

U / 20 g. 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:

U / 20 g. Ur. broj:

