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 pomagalima za šećernu bolest

Kat. osig. | Spol

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja

Zak. o obv. zdr. osig.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

Drž. osig.

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

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

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

Šifra po MKB

Terapija inzulinom: ***DA**** - ***NE****

Broj primjena inzulina dnevno .....

Inzulinska pumpa: ***DA**** - ***NE****

Peroralna terapija: ***DA**** - ***NE****

BMI*

- manji od 18.5
- 18.5 - 24.9
- 25 - 29.9
- 30 i više

Broj kontrola razine šećera u krvi dnevno .....

(iz predočenog dnevnika samokontrole ili ispisa evidencije uređaja o broju kontrola)

Redni broj	*Šifra pomagala*	*Naziv pomagala iz Popisa pomagala*	*Količina*	*Potrebno odobrenje ovl. dr. Zavoda*
1.				Da Ne
2.				Da Ne
3.				Da Ne
4.				Da Ne

Zamjena propisanog pomagala nije dopuštena*

M.P.

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

U ..... , ... 20 ..... g.

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: .....

* - označiti odgovarajuće

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Šifra pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			

U ..... , ... 20 ..... g.

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. IZDAVANJE (ispunjava ugovorni isporučitelj)

Matični broj HZZO: 03580261

Ugovorni isporučitelj: *(šifra)*

R1

Naziv: .....

Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) .....

Broj računa isporučitelja:

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj) .....

Matični broj isporučitelja:

Broj žiro-računa: .....

OIB isporučitelja:

Poziv na broj:

Redni broj	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Šifra pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
1.					
2.					
3.					
4.					
			Ukupno:		

1. Ukupan iznos (s PDV-om) ..... *kn,*

2. Iznos za pomagala ..... *kn,*

3. Iznos sudjelovanja ..... *kn,*

4. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... *kn,*

5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 5. ..... *kn.*

Datum narudžbe ..... */20...* *g.*

Potvrđujem primitak pomagala *- SA* jamstvenim listom*

- BEZ jamstvenog lista*

Mjesto i datum izdavanja računa ..... , ... 20.... *g.*

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 15)

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz Popisa pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

VI. IZJAVA OSIGURANE OSOBE (članak 17)

Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje mi je propisano na potvrdi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (**standardno pomagalo**), imam pravo nabaviti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja ako istog nisam oslobođen/a ili nemam sklopljen ugovor o dopunskom osiguranju.
Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku **skupljeg - nadstandardnog pomagala**, čime ću razliku u cijeni od cijene standardnog pomagala koju podmiruje Zavod do stvarne cijene nadstandardnog pomagala snositi osobno.Na taj način pristajem da za popravak pomagala uključujući i rezervne dijelove za to pomagalo Zavod snosi troškove u visini troškova standardnog pomagala, a troškove rezervnog dijela za pomagalo veće vrijednosti koje ne sadržava standardno pomagalo kao i troškove zamjene tog dijela snosim osobno.

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

U ..... , ... 20 ..... g.