

Podružni ured Broj osigurane osobe

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje Ulica i broj

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora



POTVRDA
o dentalnim 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

Zak. o obv. zdr. osig.* Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Zak. o obv. zdr. osig.* Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

I. PODACI O POMAGALU, POPRAVKU POMAGALA I DIJELOVIMA POMAGALA
(ispunjava doktor dentalne medicine)

Dijagnoza: _____

Broj potvrde

Šifra spec. koji je predložio pomagalo

Šifra po MKB

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala	Količina	Broj bodova za rad	Cijena materijala
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
Popravak pomagala: DA* - NE*			Ukupno:		

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - 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: FK=Fasetirana krunica LK=Liješana krunica KV=Kvačica
X=lzvađeni zub Z=Zub u protezi
LN=Liješana nadogradnja
MFK=Modificirana fasetirana krunica
MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna liješana

M.P. _____
Šifra, potpis i pečat doktora koji je propisao pomagalo

