Regionalni ured | Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje | Ulica i broj

.....

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse ili šifra ugovorne maloprodajne lokacije

Šifra ugovornog doktora

Naziv,adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse / isporučitelja koji propisuje pomagalo

.....

.....

.....

.....

POTVRDA o slušnim i surdotehničkim pomagalima

Kat. osig. | Spol | U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra | Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja | Broj evidencije prijave ozljede/bolesti [a]

PN TJO /

Drž. osig. | Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata

OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti [a]

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

D uho ..... dB

L uho ..... *dB*

Šifra i potpis specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz lista pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.				DA [a] - NE [a]
2.				DA [a] - NE [a]
3.				DA [a] - NE [a]
4.				DA [a] - NE [a]

Popravak pomagala: ***DA*** [a] - ***NE*** [a]

M.P.

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

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

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Odobrenje broj ..... / .....

Nalaz, mišljenje i ocjena [b]

Šifra i potpis člana LP-a | Šifra i potpis člana LP-a | Šifra i potpis člana LP-a

KLASA: ..... URBROJ: .....

M.P.

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

HZZO-Direkcija, Zagreb
PotSlu V9, 09/12/2022

[a] - označiti odgovarajuće (obavezan podatak)

[b] **Uputa osiguranoj osobi**: osigurana osoba nezadovoljna nalazom, mišljenjem i ocjenom liječničkog povjerenstva ima pravo zatražiti izdavanje rješenja u prvostupanjskom upravnom postupku, putem nadležnog regionalnog ureda odnosno područne službe Zavoda prema mjestu prebivališta, odnosno boravišta osigurane osobe.

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz lista pomagala	Naziv pomagala iz lista 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: 0 3 5 8 0 2 6 1

Ugovorni isporučitelj:

OIB: 02958272670

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

R1

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

Broj računa isporučitelja: _____

Šifra maloprodajne lokacije.....

Matični broj isporučitelja: _____

Broj žiro-računa: .....

OIB isporučitelja: _____

Poziv na broj: ....

Broj maloprodajnog računa _____

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Količina	Jedinična cijena u EUR bez PDV-a s Osnovne liste pomagala	Stopa PDV-a	Ukupni iznos u EUR s PDV-om	Jedinična razlika u cijeni u EUR bez PDV-a	Ukupni iznos razlike u EUR s PDV-om
1.								
2.								
3.								
4.								
				Ukupno:				

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) ..... EUR
2. Iznos sudjelovanja ..... EUR
3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... EUR
4. Iznos razlike u cijeni ..... EUR
5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. ..... EUR

Datum narudžbe ..... /20 .... g.

Datum izdavanja pomagala ..... /20 .... g.

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

Potvrđujem primitak pomagala - SA [a] jamstvenim listom

- BEZ [a] jamstvenog lista

M.P.

..... Potpis osigurane osobe:

..... Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE [c]

1. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku istovrsnog pomagala iz liste pomagala, u odnosu na propisano pomagalo.
2. Od strane ugovornog isporučitelja informiran sam da pomagalo koje je propisano na potvrdi Zavoda (standardno pomagalo), imam pravo ostvariti na teret Zavoda, bez obveze podmirenja dodatnih troškova, osim sudjelovanja u cijeni pomagala, ako isto ne ostvarujem u cijelosti na teret Zavoda sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju.
3. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala veće vrijednosti od vrijednosti pomagala utvrđene listama pomagala za pomagala odgovarajućeg standarda i kvalitete koje osigurava Zavod. 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.
4. Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala s **Dodatne liste pomagala** te da sam upoznat o svojoj obvezi osobnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste pomagala.

M.P.

..... Potpis osigurane osobe:

..... Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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

[c] zaokruži odgovarajuće