

Regionalni ured ..... Područna služba .....

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe .....

Grad/naselje ..... Ulica i broj .....



Hrvatski  
zavod za  
zdravstveno  
osiguranje

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

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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## POTVRDA o očnim i tiftotehničkim pomagalima

Kat. osig. <input type="text"/>	Spol <input type="text"/>	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <input type="text"/>	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja <input type="text"/>	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti <sup>a</sup> <input type="text"/>
Drž. osig. <input type="text"/>	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata <input type="text"/>			
				PN TJCO <input type="text"/>
				OR PB <input type="text"/>
				Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <sup>a</sup> <input type="text"/>

### I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

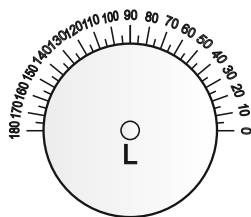
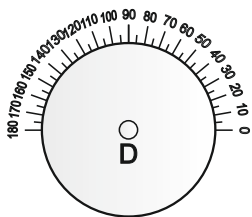
Dijagnoza: .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Broj potvrde

Šifra po MKB

--	--	--	--	--	--



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

Oštrina 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 i barkod pomagala	Naziv pomagala iz lista pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
2.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
3.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>
4.				DA <sup>a</sup> - NE <sup>a</sup>

Popravak pomagala: DA<sup>a</sup> - NE<sup>a</sup>

M.P. ....

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

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

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

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

Nalaz, mišljenje i ocjena<sup>b</sup>

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

KLASA: .....

M.P. URBROJ: .....

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

**III. OVJERA POTVRDE** (ispunjava ovlaštteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

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

U ..... 20 .....

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**

Broj računa isporučitelja: .....

Matični broj isporučitelja: .....

OIB isporučitelja: .....

Broj maloprodajnog računa: .....

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

Šifra maloprodajne lokacije .....

Broj žiro-računa: .....

Poziv na broj: .....

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn s PDV-om pomagala s Osnovne liste pomagala	Iznos u kn (s PDV-om)	Jedinična razlika u cijeni u kn s PDV-om	Ukupni iznos razlike
1.							
2.							
3.							
4.							
				Ukupno:			

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

Datum narudžbe ..... /20 .... g.

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

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

Potvrđujem primitak pomagala - SA<sup>a</sup> jamstvenim listom- BEZ<sup>a</sup> jamstvenog lista

M.P. ....

Potpis osigurane osobe: .....

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

**V. IZJAVA OSIGURANE OSOBE<sup>c</sup>**

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