

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 pomagalima za šećernu bolest

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"/>			Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <sup>a</sup> <input type="text"/>

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

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

Terapija inzulinom: **DA<sup>a</sup>** - **NE<sup>a</sup>**

Broj primjena inzulina dnevno <sup>a</sup> .....

Inzulinska pumpa: **DA<sup>a</sup>** - **NE<sup>a</sup>**

Peroralna terapija: **DA<sup>a</sup>** - **NE<sup>a</sup>**

Druga supkutana terapija **DA<sup>a</sup>** - **NE<sup>a</sup>**

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

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

BMI <sup>a</sup>

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

Šifra po MKB

Ime, prezime i šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

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>

Zamjena propisanog pomagala nije dopuštena

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 ovlaštenu 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

OIB: 02958272670

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

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

Šifra maloprodajne lokacije .....

Broj žiro-računa: .....

Poziv na broj: .....

#### R1

Broj računa isporučitelja: .....

Matični broj isporučitelja: .....

OIB isporučitelja: .....

Broj maloprodajnog računa: .....

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.							
<b>Ukupno:</b>							

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 ..... g.

<sup>c</sup> zaokružiti odgovarajuće