

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 ortopedskim i drugim 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"/>	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <input type="text"/>	Broj evidencije <input type="text"/>
Drž. osig. <input type="text"/>	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata <input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>
				<input type="text"/>	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti <input type="text"/>

### I. PODACI O POMAGALU

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

.....

Šifra po MKB

Šifra i potpis specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP*/ ovl. dr. Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

Popravak pomagala: **DA\*** - **NE\***

M.P. ....

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

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

### II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Odobrenje broj .....

Nalaz, mišljenje i ocjena

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis predsjednika LP-a ili člana LP-a

Klasa: .....

M.P. ....

Ur. broj: .....

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



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

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

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala iz Popisa pomagala	Naziv pomagala iz Popisa 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: .....

Matični broj isporučitelja: .....

Šifra maloprodajne lokacije .....

OIB isporučitelja: .....

Broj žiro-računa: .....

Broj maloprodajnog računa .....

Poziv na broj: .....

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog pomagala	Količina	Jedinična cijena u kn (s PDV-om)	Iznos u kn (s PDV-om)
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 obračunatog PDV-a u točki 3. .... kn.

Datum narudžbe..... /20.. g.

Mjesto i datum izdavanja računa....., ..... 20.... g. Potvrđujem primitak pomagala - SA\* jamstvenim listom  
- BEZ\* jamstvenog lista

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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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