

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.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/> PNTJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata			Zak. o obv. zdr. osig.*	
<input type="text"/>	_____			<input type="text"/> OR/PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

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

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

Broj potvrde

Dijagnoza: .....

Terapija inzulinom: **DA\*** - **NE\***

Broj primjena inzulina dnevno \* .....

Inzulinska pumpa: **DA\*** - **NE\***

Peroralna terapija: **DA\*** - **NE\***

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

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

Šifra  
po MKB

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

BMI\*

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

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Potrebno odobrenje ovlaštenog doktora Zavoda
1.				DA* - NE*
2.				DA* - NE*
3.				DA* - NE*
4.				DA* - NE*

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

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 .....g.



### III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni 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

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 pomagala iz Popisa pomagala	Naziv pomagala iz Popisa 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 podmirjenja 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.