

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

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe .....

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



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

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

Kat. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table>		U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja .....	Broj evidencije Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <table border="1"><tr><td>PNTJO</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>	PNTJO							
PNTJO																		
Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata .....			Zak. o obv. zdr. osig.* <table border="1"><tr><td>OR</td><td>PB</td></tr></table>	OR	PB									
OR	PB																	
				Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti .....														

## POTVRDA o oblogama za rane

**I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA**

Dijagnoza: .....

Lokalizacija rane (označiti na slici)

OPIS RANE	DUBINA***	DNO***	SEKRECIJA***	SEKRET***
<b>Veličina**</b>	površinska _____	nekroza _____	bez sekrecije _____	serozan _____
1-5 cm _____	srednje duboka _____	fibrinske naslage _____	slaba _____	sukrvav _____
5-10 cm _____	duboka _____	granulacija _____	srednja _____	gnojna _____
10 cm i više _____		epitelizacija _____	jaka _____	
			obilna _____	

Inficirana rana: **DA\*** - **NE\***

Početak primjene terapije oblogama: \_\_\_\_\_ /20\_\_\_\_ g.  
datum

Znakovi cijeljenja rane: **DA\*** - **NE\***

NAPOMENA: .....

Šifra po MKB 

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

 Broj potvrde 

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

**\*\*upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine (obavezan podatak)      \*\*\*nije obavezan podatak**

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Veličina obloge za rane cm x cm	Šifra veličine obloge	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda
1.						DA* - NE*
2.						DA* - NE*
3.						DA* - NE*
4.						DA* - NE*

M.P. \_\_\_\_\_  
Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo ili šifra ugovornog isporučitelja

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

**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 člana LP-a

KLASA:.....      M.P.      URBROJ:.....

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

**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

Ugovorni isporučitelj:

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	Šifra veličine obloge	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.