

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

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

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"/>	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata			Zak. o obv. zdr. osig.*	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/> OR PB	

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

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

Broj potvrde

Dijagnoza:

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

Broj primjena inzulina dnevno *

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

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

Druga supkutana 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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- 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 liječničkog povjerenstva 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

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 ovlaštenu radnik Zavoda)

Broj potvrde

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

U , 20g.

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 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 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 , 20g.