

Regionalni ured Podružna 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 Broj evidencije prijave ozljede/bolesti<sup>a</sup>

PN TJO /

Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata OR PB Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti<sup>a</sup>

#### 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>

Šifra po MKB

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

BMI<sup>a</sup>

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

manji od 18.5

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

18.5 - 24.9

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

25 - 29.9

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

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

30 i više

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 ovlašteni 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

**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	Količina	Jedinična cijena u EUR bez PDV-a s Osnovne liste pomagala	Stopa PDV-a	Ukupni iznos u EUR s PDV-om	Jedinična razlika u cijeni u EUR bez PDV-a	Ukupni iznos razlike u EUR s PDV-om
1.								
2.								
3.								
4.								
Ukupno:								

1. Ukupan iznos za pomagala (s PDV-om) ..... EUR

2. Iznos sudjelovanja ..... EUR

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... EUR

4. Iznos razlike u cijeni ..... EUR

Datum narudžbe ..... /20 .... g. 5. Iznos obračunatog PDV-a u točki 3. ..... EUR

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.

Potpis osigurane osobe:

M.P.

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe

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