

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 očnim i tiftotehničkim pomagalima

Kat. osig. [][]	Spol []	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra [][]	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____	Zak. o obv. zdr. osig.* [] [] [] []	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti [][] / [][]
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 _____

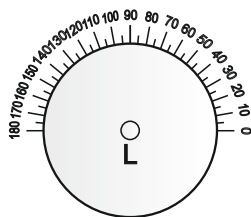
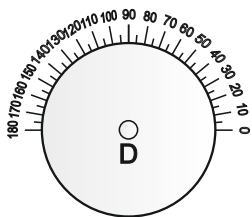
I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

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

Broj potvrde

Dijagnoza:

Šifra po MKB [][][] [][][] [][][] [][][]



Uporaba	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
za daljinu	D.o.				
	L.o.				
za blizinu	D.o.				
	L.o.				

Oštrina vida s korekcijom:

VOD CC	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0
VOS CC	0,1	0,2	0,3	0,4	0,5	0,6	0,7	0,8	0,9	1,0

Razmak zjenica mm

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*

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

M.P. _____

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

U 20g.

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 20g.



