

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe Ulica i broj

Grad/naselje



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 slušnim i surdotehničkim pomagalima

Kat. osig. Spol

U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra

Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____

Zak. o obv. zdr. osig.* prijava ozljede/bolesti /

Zak. o obv. zdr. osig.*

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata _____

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

Broj potvrde

Dijagnoza:

.....

Šifra po MKB

2. Prosječan gubitak sluha prema audiogramu na frekvencijama 0,5; 1; 2; i 4 kHz

D uho dB

L uho dB

Šifra i potpis specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

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. _____

U , 20..... g.

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

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..... g.



