

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 u kojoj se propisuje pomagalo / naprava

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

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

Šifra ugovornog doktora

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

POTVRDA o dentalnim pomagalima / napravama

Kat. osig. Spol U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja Broj evidencije Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti
PN TJO
Drž. osig. Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

I. PODACI O POMAGALU / NAPRAVI, POPRAVKU POMAGALA / NAPRAVE I DIJELOVIMA POMAGALA / NAPRAVE (ispunjava doktor dentalne medicine)

Broj potvrde

Dijagnoza: _____

Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo / napravu

Šifra po MKB

Vrsta** ortodontske anomalije

Redni broj	Šifra pomagala / naprave	Naziv pomagala / naprave	Gornja (G) / donja (D) čeljust***	Količina	Cijena pomagala / naprave	Cijena materijala	Ukupna cijena
1.			G / D				
2.			G / D				
3.			G / D				
4.			G / D				
5.			G / D				
6.			G / D				

Popravak pomagala / naprave: **DA*** - **NE***

Ukupno:

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D																L		
																		Potrebni rad
																		Status
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		Zub	
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		Zub	
																		Status
																		Potrebni rad

LEGENDA: FK=Fasetirana krunica LK=Lijevana krunica KV=Kvačica
X=Izvađeni zub Z=Zub u protezi
LN=Lijevana nadogradnja
MFK=Modificirana fasetirana krunica
MKLJ=Modificirana krunica jednodjelna lijevana

M.P.

U 20 g. Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo / napravu

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

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

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Naziv pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Gornja (G) / donja (D) čeljust***	Količina
1.			G / D	
2.			G / D	
3.			G / D	
4.			G / D	
5.			G / D	
6.			G / D	

U, 20

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA

Odobrenje broj: /

Nalaz, mišljenje i ocjenu

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P.

KLASA:

U, 20

URBROJ:

V. IZDAVANJE POMAGALA / NAPRAVE, POPRAVLJENOG POMAGALA / NAPRAVE (ispunjava doktor dentalne medicine):

Redni broj*	Šifra pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Naziv pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Datum	
			narudžbe	isporuke
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

1. Ukupan iznos za pomagala / naprave kn

2. Iznos sudjelovanja kn

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja kn

Potpis osigurane osobe:

U, 20godine

M.P.

Ime, prezime i potpis doktora dentalne medicine