

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 slušnim i surdotehničkim pomagalima

Kat. osig. [][]	Spol []	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra [][]	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PNTJO [][][] / [][]	Broj evidencije
Drž. osig. [][]	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata			Zak. o obv. zdr. osig.* ORPB [][]	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

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 ovlaštenog doktora 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 predsjednika LP-a ili člana LP-a

Klasa:

M.P.

Ur. broj:

U ,-20..... g.



III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlaštteni 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

Ugovorni isporučitelj:

OIB: 02958272670

Naziv: _____ Adresa sjedišta (mjesto, ulica i broj) _____

Adresa maloprodajne lokacije (mjesto, ulica i broj) _____

Šifra maloprodajne lokacije _____

R1

Broj računa isporučitelja: _____

Matični broj isporučitelja: _____

OIB

isporučitelja: _____

Broj

maloprodajnog računa _____

Broj žiro-računa: _____

Poziv na broj: _____

Redni broj	Šifra isporučenog pomagala	Naziv isporučenog 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 podmire 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.