

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 ortopedskim i drugim pomagalima

Kat. osig. <input type="text"/>	Spol <input type="text"/>	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <input type="text"/>	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Broj evidencije prijave ozljede/bolesti ^a PNTJO <input type="text"/>
Drž. osig. <input type="text"/>	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata			OR PB <input type="text"/>
				Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti ^a

I. PODACI O POMAGALU

Broj potvrde

Dijagnoza:

.....

Šifra po MKB

Ime, prezime i šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala iz lista pomagala	Količina	Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva
1.				DA ^a - NE ^a
2.				DA ^a - NE ^a
3.				DA ^a - NE ^a
4.				DA ^a - NE ^a

Popravak pomagala: DA^a - NE^a

M.P.

U 20 g.

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

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Odobrenje broj

Nalaz, mišljenje i ocjena^b

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.

