

Regionalni ured Područna služba

MBO

OIB

Ime i prezime

Datum rođenja

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj



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

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

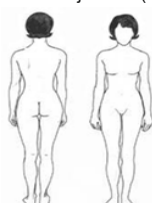
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|--|---|--|---|---|---|--|---|---|---|-----------------------|
| Kat. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | Spol <table border="1"><tr><td> </td></tr></table> | | U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra <table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja | Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <table border="1"><tr><td>P</td><td>N</td><td>T</td><td>J</td><td>O</td></tr></table> | P | N | T | J | O | Broj evidencije |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| P | N | T | J | O | | | | | | | | | | | | |
| Drž. osig. <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska kartica ZO ili certifikata | | | Zak. o obv. zdr. osig.* <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

POTVRDA o oblogama za rane

I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza:

Lokalizacija rane (označiti na slici)



| OPIS RANE | DUBINA*** | DNO*** | SEKRECIJA*** | SEKRET*** |
|--------------------|----------------------|-------------------------|---------------------|---------------|
| Veličina** | površinska _____ | nekroza _____ | bez sekrecije _____ | serozan _____ |
| 1-5 cm _____ | srednje duboka _____ | fibrinske naslage _____ | slaba _____ | sukrvav _____ |
| 5-10 cm _____ | duboka _____ | granulacija _____ | srednja _____ | gnojna _____ |
| 10 cm i više _____ | | epitelizacija _____ | jaka _____ | |
| | | | obilna _____ | |

Inficirana rana: **DA*** - **NE***

Početak primjene terapije oblogama: _____ /20____ g. datum

Znakovi cijeljenja rane: **DA*** - **NE***

NAPOMENA:

upisati broj rana u pojedinom rasponu veličine (obavezan podatak) *nije obavezan podatak

| Redni broj | Šifra i barkod pomagala | Naziv pomagala iz Popisa pomagala | Veličina obloge za rane cm x cm | Šifra veličine obloge | Količina | Potrebno odobrenje liječničkog povjerenstva Zavoda |
|------------|-------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------|----------|--|
| 1. | | | | | | DA* - NE* |
| 2. | | | | | | DA* - NE* |
| 3. | | | | | | DA* - NE* |
| 4. | | | | | | DA* - NE* |

M.P. _____

U 20

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

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA

Nalaz, mišljenje i ocjena Dobrenje broj _____ / _____

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

Šifra i potpis člana LP-a

KLASA:

M.P. URBROJ:

U 20



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

Broj žiro-računa:

Poziv na broj:

R1

Broj računa isporučitelja:

Matični broj isporučitelja:

OIB isporučitelja:

Broj maloprodajnog računa

| Redni broj | Šifra isporučenog pomagala | Naziv isporučenog pomagala | Šifra veličine obloge | 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

M.P.

Potpis osigurane osobe:

Ime, prezime i potpis odgovorne osobe koja je izdala pomagalo

-BEZ* jamstvenog lista

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 podmiruje 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.