

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

Kat. osig. _____ Spol _____ U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra _____ Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja _____

Drž. osig. _____ Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO ili certifikata _____ Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti PNTJO _____ / _____ Broj evidencije _____

OR PB _____ Zak. o obv. zdr. osig.* _____ Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti _____

POTVRDA o oblogama za rane

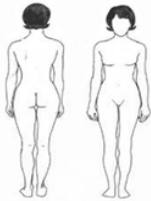
I. PODACI O POMAGALU I DIJELOVIMA POMAGALA

Dijagnoza: _____

Broj potvrde

Šifra po MKB

Lokalizacija rane (označiti na slici)



OPIS RANE

Veličina**

1-5 cm _____
5-10 cm _____
10 cm i više _____

DUBINA***

površinska _____
srednje duboka _____
duboka _____

DNO***

nekroza _____
fibrinske naslage _____
granulacija _____
epitelizacija _____

SEKRECIJA***

bez sekrecije _____
slaba _____
srednja _____
jaka _____
obilna _____

SEKRET***

serozan _____
sukrvav _____
gnojnan _____

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 ovlaštenog doktora Zavoda
1.						DA* - NE*
2.						DA* - NE*
3.						DA* - NE*
4.						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 ovlašteni 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
 OIB: 02958272670

Ugovorni isporučitelj:

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
 - 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 podmirjenja 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.