

Regionalni ured	Područna sluzba	Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse	Naziv,adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse u kojoj se propisuje pomagalo
OIB			
Ime i prezime		Šifra ugovornog doktora	
Datum rođenja			
Adresa osig. osobe	Ulica i broj		
Grad/naselje			

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.*	Broj evidencije prijava ozljede/bolesti	
		/
Zak. o obv. zdr. osig.*		
Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti		

Dijagnoza: _____ _____ _____	Broj potvrde Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo Šifra po MKB
------------------------------------	---

Redni broj	Šifra i barkod pomagala	Naziv pomagala	Količina	Cijena pomagala	Cijena materijala	Ukupna cijena
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
Popravak pomagala: DA* - NE*			Ukupno:			

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

Potrebni rad
 Status
 Zub
 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
 MKJLJ=Modificirana krunica jednodjelna lijevana

U _____, _____ 20 ____g.

M.P. _____

 Šifra, potpis, faksimil i pečat doktora koji je propisao pomagalo

[illegible]

Broj potvrde

Redni broj	Šifra pomagala / NAPRAVE iz Popisa dentalnih pomagala	Naziv pomagala / NAPRAVE iz Popisa dentalnih pomagala	Količina
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			

U _____, _____ 20 ____g.

M.P.

Šifra i potpis ovlaštenog radnika 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 ____ a.

Ur. broj:

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

1. Ukupan iznos za pomagala kn

2. Iznos sudjelovanja kn

3. Iznos na teret obveznega zdravstvenega osiguranja kn

Potpis osigurane osobe:

U _____, _____ 20 ____ godine

M.P.

Ime, prezime i potpis doktora dentalne medicine