Regionalni ured Područna služba

MBO .....

OIB .....

Ime i prezime .....

Datum rođenja .....

Adresa osig. osobe

Grad/naselje Ulica i broj

.....

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

Šifra ugovornog doktora

Naziv,adresa i broj telefona zdravstvene ustanove / ordinacije privatne prakse u kojoj se propisuje pomagalo / naprava

.....

.....

.....

.....

POTVRDA o dentalnim pomagalima / napravama

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.* PN TJO

Broj evidencije prijave ozljede/bolesti

Zak. o obv. zdr. osig.* OR PB

Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti

I. PODACI O POMAGALU / NAPRAVI, POPRAVKU POMAGALA / NAPRAVE I DIJELOVIMA POMAGALA / NAPRAVE

(ispunjava doktor dentalne medicine)

Broj potvrde

Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo / napravu

Dijagnoza: _____

Šifra po MKB

Vrsta ** ortodontske anomalije

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

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

D L

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

M.P.

U ....., ... 20 .....g.

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

HZZO-Direkcija, Zagreb
DentPom V16, 24/12/2013

* - označiti odgovarajuće (obavezan podatak)

** - upisati odgovarajući broj od 1. do 14. iz članka 4. stavka 1. Pravilnika

III. OVJERA POTVRDE (ispunjava ovlašteni radnik Zavoda)

Broj potvrde

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

U ....., ... 20 .....g. M.P. .....

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

IV. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA

Odobrenje broj: ..... / .....

N a l a z, m i š l j e n j e i o c j e n u

....

Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis člana LP-a Šifra i potpis predsjednika LP-a

M.P. Klasa: .....

U ....., ... 20 .....g. Ur. broj: .....

V. IZDAVANJE POMAGALA / NAPRAVE, POPRAVLJENOG POMAGALA / NAPRAVE (ispunjava doktor dentalne medicine):

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

1. Ukupan iznos za pomagala / naprave ..... kn

2. Iznos sudjelovanja ..... kn

3. Iznos na teret obveznog zdravstvenog osiguranja ..... kn

.....

Potpis osigurane osobe:

U ....., ... 20 .....godine M.P. .....

Ime, prezime i potpis doktora dentalne medicine