

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 u kojoj se propisuje
pomagalo / naprava

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse

--	--	--	--	--	--	--	--

Šifra ugovornog doktora

--	--	--	--	--	--	--	--

POTVRDA o dentalnim pomagalima / napravama

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	Broj evidencije Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti <table border="1"><tr><td>PNTJO</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> / <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>	PNTJO									
PNTJO																				
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>OR</td><td>PB</td></tr></table>		OR	PB	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti											
OR	PB																			

I. PODACI O POMAGALU / NAPRAVI, POPRAVKU POMAGALA / NAPRAVE I DIJELOVIMA POMAGALA / NAPRAVE (ispunjava doktor dentalne medicine)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Broj potvrde

Dijagnoza:

Šifra i potpis spec. koji je predložio pomagalo / napravu

Šifra po MKB	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					•	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					•	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					•	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					•	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Vrsta **
ortodontske anomalije

<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		

Redni broj	Šifra pomagala / naprave	Naziv pomagala / naprave	Gornja (G) / donja (D) čeljust***	Količina	Cijena pomagala / naprave	Cijena materijala	Ukupna cijena
1.			G / D				
2.			G / D				
3.			G / D				
4.			G / D				
5.			G / D				
6.			G / D				
Popravak pomagala / naprave: DA* - NE*				Ukupno:			

II. SHEMA PREDLOŽENIH DENTALNO - PROTETSKIH POSTUPAKA:

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 20g.

M.P.

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



[illegible]

Redni broj	Šifra pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Naziv pomagala / naprave iz Popisa dentalnih pomagala / Popisa ort. naprava	Gornja (G) / donja (D) čeljust***	Količina
1.			G / D	
2.			G / D	
3.			G / D	
4.			G / D	
5.			G / D	
6.			G / D	

Šifra i potpis ovlaštenog radnika Zavoda

Odobrenje broj: _____ / _____

Šifra i potpis predsjednika LP-a

KLASA:

URBROJ:

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.				

3. Iznos na teret obveznega zdravstvenega osiguranja kn

Ime, prezime i potpis doktora dentalne medicine