

Šifra zdr. ustanove - ordinacije priv. prakse
ili šifra ugovornog isporučitelja

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

Šifra ugovornog doktora

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



POTVRDA
o ortopedskim i
drugim pomagalima

OIB

Ime i prezime

Godina rođenja/MB osigurane osobe

Grad/naselje

Ulica i broj

Kat. osig.	Spol	U cijelosti pokriva obvezno zdravstveno osiguranje šifra	Broj police dopunskog zdravstvenog osiguranja	Zak. o obv. zdr. osig.* prijave ozljede/bolesti	Broj evidencije ozljede/bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	PNTJO	<input type="text"/>
Drž. osig.	Broj boles. lista INO, broj putovnice, europska karta ZO			Zak. o obv. zdr. osig.*	Evidencijski broj priznate ozljede na radu / profesionalne bolesti
<input type="text"/>	<input type="text"/>			ORPB	<input type="text"/>

I. PODACI O POMAGALU

Dijagnoza:

Broj potvrde

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

Šifra po MKB

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

Šifra specijaliste koji je predložio pomagalo

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

Šifra isporučitelja koji je predložio pomagalo

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

Redni broj	Šifra pomagala	Naziv pomagala iz Popisa pomagala	Količina	Potrebno odobrenje LP*/ ovl. dr. Zavoda
1.	<input type="text"/>			Da/Ne
2.	<input type="text"/>			Da/Ne
3.	<input type="text"/>			Da/Ne
4.	<input type="text"/>			Da/Ne

Popravak pomagala: DA* - NE*

M.P.

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

U 20g.

II. ODOBRENJE LIJEČNIČKOG POVJERENSTVA ZA POMAGALA DIREKCIJE ZAVODA ILI OVLAŠTENOG DOKTORA ZAVODA

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 ovlaštenog doktora Zavoda

M.P. Klasa:

U 20g. Ur. broj:

