

Naziv zdravstvene ustanove

Broj ambulatnog dnevnika

Datum: _____ 201_____ godine

POTVRDA o potrebi za ortodonskim aparatom

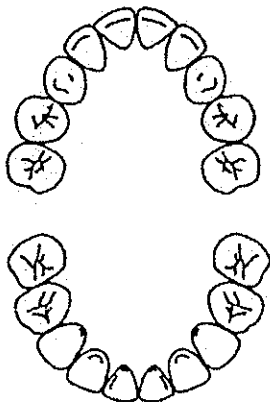
Pregledom osiguranika _____ JMBG osigurane osobe _____ ime i prezime osiguranika

iz _____ općina stanovanja _____ adresa stanovanja _____ broj zdravstvene iskaznice

_____ srodstvo sa nositeljem osiguranja _____ nositelj osiguranja _____ ime i prezime nositelja osiguranja, JMBG

Uposlen kod _____ ID broj poduzeća _____ naziv poduzeća kod kojeg je nositelj osig. uposlen

Utvrđena je potreba za ortodonskim aparatom zbog _____ i to _____ šifra bolesti _____ šifra ort. pomagala _____



_____ ovlašteni liječnik

1. Zavod za zdravstveno osiguranje HBŽ Livno

Područni ured _____
Uvidom u evidenciju osiguranika utvrđeno je da su

ispunjeni uvjeti iz točke _____ Lista ortopedskih i drugih pomagala te se odobrava NABAVKA, POPRAVKA ZAMJENA iste

2. Zavod za zdravstveno osiguranje HBŽ priznaje iznos od _____ KM, a razliku treba naplatiti od osiguranika.

Dana _____ godine

_____ potpis djelatnika

Potvrđuje se da izdano ortopedsko pomagalo - ortodonski aparat u svemu odgovara zahtjevima i da je kvalitetno izrađeno.

Dana _____ 201_____ godine

M.P. _____

_____ potpis ovlaštene osobe

Potvrđujem prijem ortopedskog pomagala - ortodonski aparat.

Dana _____ 201_____ godine

M.P. _____

_____ potpis osiguranika

_____ Naziv firme

OBRAČUN

1. Vrijednost _____ KM _____
_____ KM _____
_____ KM _____

2. Naplaćeno od osiguranika KM _____
Ostaje za naplatu od Zavoda KM _____
(slovima _____ KM)

M.P. _____