POTVRDA
O POTREBI IZRADE/NABAVKE ORTOPEDSKOG I DRUGOG POMAGALA I ENDOPROTEZE

Zdravstvena ustanova:_____ | | | | | | | | | |

Broj protokola:_____ **(šifra ovlaštenog doktora)**

Osigurano lice:_____, **spol**_____, **JMBG**_____

(prezime, ime oca, ime)

_____ _____ _____

(adresa prebivališta) **(mjesto)** **(općina)**

Broj zdravstvene legitimacije_____ **, obveznik uplate doprinosa**_____

Dijagnoza_____, **šifra bolesti po MKB**_____

Ovlašteni doktor utvrdio je potrebu za: Izradu ☐ **Nabavku** ☐

R/B	Naziv pomagala	Količina	Šifra pomagala	Član Odluke
1.				

U_____, **dana**_____/20___**godine.** **M.P.** _____

(Pečat i potpis ovlaštenog doktora)

KANTONALNI ZAVOD ZDRAVSTVENOG OSIGURANJA
BOSANSKO-PODRINJSKOG KANTONA GORAŽDE

POSLOVNICA:_____

Broj protokola:_____

Datum:_____

Na osnovu člana____**tačke**____**Odluke o obimu prava na korištenje ortopedskih i drugih pomagala, utvrđeno je pravo osiguranog lica na:**_____**uz učešće Zavoda u iznosu do**_____ **KM.** **(naziv ortopedskog pomagala)**

(ispisati brojevima)

M.P. _____

(Ovlašteno lice Zavoda)

USTANOVA ZA IZRADU/NABAVKU POMAGALA:_____
Adresa ustanove:_____**ID broj:**_____
Naziv banke:_____**Broj žiro računa:**_____

R/B	Naziv pomagala	Količina	Jedinična cijena u KM a PDV-om	Ukupan iznos u KM s PDV-om	Iznos učešća Zavoda	Iznos učešća osiguranog lica u KM
1.						

U_____, **dana**_____/20____. **godine.** **M.P.** _____

(Ime, prezime i potpis odgovornog lica)

IZJAVA OSIGURANOG/DRUGOG OVLAŠTENOG LICA KOME JE POMAGALO URUČENO

Potvrđujem prijem pomagala:_____

(naziv ortopedskog pomagala i količina)

U_____, **dana**_____/20____.**godine.**

_____

(ime, prezime, potpis primatelja pomagala i broj L.K.)

Napomena: Ova Potvrda važi 30 dana od dana uručivanja osiguranom licu
Plaćanje 30 dana od dana prijema računa *za maloljetne osobe koje ne posjeduju ličnu kartu, preuzimanje roditelj ili staratelj