

IZJAVA

kojom potvrđujem da sam ja,

ime i prezime roditelja/skrbnika osigurane osobe

, kao roditelj/skrbnik djeteta

OIB ili MBO

ime i prezime osigurane osobe

kojem je propisano pomagalo s Lista pomagala Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje:

- Medtronic MiniMed 640G (Osnovna lista pomagala)
- Medtronic MiniMed 780G (Dodatna lista pomagala, koristi mobilnu aplikaciju)
- Omnipod DASH Startni set (Dodatna lista pomagala)

upoznat/-a od strane bolničkog doktora specijaliste s vrstom i načinom korištenja predloženog pomagala.

izjava uz pomagala/potrošni materijal sa Dodatne liste pomagala

Ovom izjavom izjavljujem da pristajem na isporuku pomagala odnosno potrošnog materijala s Dodatne liste pomagala te da sam upoznat o svojoj obvezi osobnog plaćanja razlike u cijeni pomagala u odnosu na cijenu pomagala s Osnovne liste pomagala.

izjava uz pomagala koja za svoj rad koriste mobilne aplikacije za pametne uređaje

- Upoznat/-a sam da je za korištenje preporučenog pomagala potrebno posjedovati vlastiti pametni mobilni uređaj te ovom izjavom potvrđujem kako posjedujem odgovarajuću napravu, odnosno da pristajem na vlastiti trošak osigurati elektroničko – komunikacijski uređaj, sustav i opremu koji podržavaju rad ovog pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da pomagalo radi pomoći mobilne aplikacije koja prikuplja podatke korisnika, kao i s time da HZZO nema uvid, ne prikuplja i ne obrađuje podatke, niti je voditelj obrade podataka prikupljenih putem sustava i opreme koji podržavaju rad ovog pomagala.
- Upoznat/-a sam s time da obradu pojedinih mojih podataka pomoći sustava i opreme koji podržavaju rad pomagala mogu provoditi isporučitelj odnosno predstavnik i/ili distributer ili proizvođač pomagala, sukladno svrsi i pravnom temelju obrade osobnih podataka. O istome će me isporučitelj pomagala odnosno predstavnik i/ili distributer ili proizvođač upoznati kod prvog preuzimanja predmetnih pomagala, a kada ću s njima sklopiti Sporazum o uvjetima i načinu korištenja pomagala i naprava koje podržavaju rad pomagala.

Izjavljujem da, nakon što sam upoznat/-a sa svime što je gore navedeno, želim koristiti predloženo pomagalo, što potvrđujem vlastoručnim potpisom.

U _____,

datum

potpis roditelja/skrbnika osigurane osobe