

NAPOTNICA

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

OSEBNI NMP _____ številka zdravnika
 NADOMESTNI NAPOTNI _____
(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)
_____ (poštna številka) _____ (kraj)

(telefonska številka*)

(e-pošta*)

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

5 - VELJAVNOST

1 - ENKRATNO _____
2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV

6 - OBSEG POOBLASTILA

1. PREGLED IN MNENJE
2. ZDRAVLJENJE OSNOVNE BOLEZNI / POŠKODBE IN NJENIH POSLEDIC
3. NAPOTITEV NA ZDRAVLJENJE K DRUGIM SPECIALISTOM IN V BOLNIŠNICO

7 - RAZLOG OBRAVNAVE

01. BOLEZEN
02. POŠKODBA IZVEN DELA
03. POKLICNA BOLEZEN
04. POŠKODBA PRI DELU
05. POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI
07. TRANSPLANTACIJA

*- obvezen je vsaj en kontaktni podatek

8 - STOPNJA NUJNOSTI

1. NUJNO
2. HITRO
3. REDNO
4. ZELO HITRO

9 - TUJ ZAVAROVANEC

šifra države

10 - VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE

šifra _____ vrsta zdravstvene storitve _____

11 - RDP (radiološki diagnostični postopek)

šifra _____ opis _____

12- MKB

šifra _____ opis _____

VRSTA SPECIALNOSTI
NAPOTNEGA ZDRAVNIKA _____

KRAJ _____ DNE _____ ŽIG _____
(podpis zdravnika)

OBRNI

PRIIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE _____

NAROČEN
V SPECIALISTIČNI
AMBULANTI _____

DNE _____ OB _____ URI _____ PRI ZDRAVNIKU _____

1. Kratka opredelitev problema in specifično vprašanje:

2. Aktivni zdravstveni problemi:

3. Ključne najdbe pri kliničnem pregledu:

4. Ključni nenormalni laboratorijski izvidi:

5. Opravljene diagnostične preiskave pred napotitvijo:

6. Potek dosedanjega zdravljenja: