

NAROČILNICA številka: _____ A

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

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)

4 – RAZLOG OBRAVNAVE

- 1 - BOLEZEN
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 - POKLICNA BOLEZEN
- 4 - POŠKODBA PRI DELU
- 5 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

5 – NAČIN DOPLAČILA

- 1 - BREZ DOPLAČILA
- 2 - ZAVAROVANA OSEBA
- 3 - ZAVAROVALNICA

7 – PZZ

6 – TUJI ZAVAROVANEC _____
(šifra države)
PZZ ZAVAROVALNICA / ŠTEVILKA POLICE _____
ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJA DO _____

8 – ODLOČBA

1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA ODLOČBA ŠT. _____
2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE DNE _____

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka) _____ (naslov)

10 – 78.a ČLEN ZVZZ

1 - NUJNO ZDRAVLJENJE

11 – VELJAVNOST NAROČILNICE

- 1 - ENKRATNA
- 2 - OBNOVLJIVA

12 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

- 1 – IZDA
- 2 – IZDA FUNKCIONALNO USTREZEN
- 3 – PRILAGODI

(naziv vrste medicinskega pripomočka)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Datum možnega prejema od _____ dalje.

Opomba: _____

Izposoja do _____ (datum). Zavarovana oseba je medicinski pripomoček, ki je predmet prilagoditve, prejela dne _____.

Kraj _____ dne _____ žig _____
podpis zdravnika

Naročilnico predložite specializirani prodajalni ali lekarni najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZS, sicer ne velja več.

ZZZS odobri prilagoditev medicinskega pripomočka
v znesku [redacted] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj [redacted] dne [redacted] žig [redacted]
podpis ZZZS

ZZZS odobri funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček
v znesku [redacted] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj [redacted] dne [redacted] žig [redacted]
podpis ZZZS

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do [redacted].

Naročilnica je predložena dobavitelju dne [redacted].

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj [redacted] dne [redacted] žig [redacted]
podpis dobavitelja

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj [redacted] dne [redacted] [redacted]
podpis zavarovane osebe