

NAROČILNICA številka: _____ B

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA IZBOLJŠANJE VIDA

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

ŠIFRA ZDR.
DEJAVNOSTI

(naziv izvajalca)

2 – ZDRAVNIK

(številka zdravnika)

(ime in priimek, poklicna kvalifikacija)

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

PZZ ZAVAROVALNICA / ŠTEVILKA POLICE

ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJA DO

6 – TUJI ZAVAROVANEC

(šifra države)

8 – ODLOČBA

1- IMENOVANEGA ZDRAVNIKA

ODLOČBA ŠT.

2- ZDRAVSTVENE KOMISIJE

DNE

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka)

(naslov)

10 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZDA

2 – IZDELA

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

Kraj

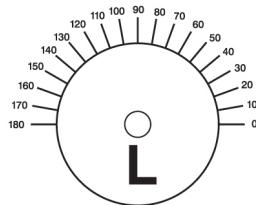
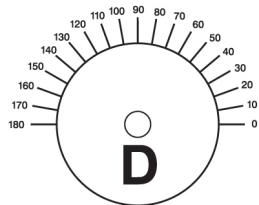
dne

žig

podpis zdravnika

Naročilnico predložite pogodbenemu optiku najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZZS, sicer ne velja več.

Opomba:



| Uporaba | | Dsph | Dcyl | Axis | Pris | Basis |
|------------|------|------|------|------|------|-------|
| Za daljavo | D.o. | | | | | |
| | L.o. | | | | | |
| Za bližino | D.o. | | | | | |
| | L.o. | | | | | |

| Leče | | Dsph | Dcyl | Axis | Pris | Diam. | Basis curve |
|------|------|------|------|------|------|-------|-------------|
| | D.o. | | | | | | |
| | L.o. | | | | | | |

Zenična razdalja Vrsta stekel

Vrsta kontaktnih leč

Teleskopska očala – daljavo

Teleskopska očala – bližina

Lupa (povečava)

Opomba:

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do .

Naročilnica je bila predložena optiki dne .

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj dne žig

podpis optika

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj dne

podpis zavarovane osebe