

# NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID

0847801

<b>1 - IZVAJALEC</b> ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		<b>2 - ZDRAVNIK</b> _____ (številka zdravnika) _____ (ime in priimek)	
<b>3 - ZAVAROVANA OSEBA</b> _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (enota ZZZS zavarovani/reg. št.) _____ (zavet. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) <b>M-1 2-2</b> _____ (ulica) _____ (poštna številka) _____ (mesto)		<b>4 - RAZLOG OBRAVNAVE</b> 01 - BOLEZEN <input type="checkbox"/> 02 - POŠKODBA IZVEN DELA <input type="checkbox"/> 03 - POKLONJA BOLEZEN <input type="checkbox"/> 04 - POŠKODBA PRI DELU <input type="checkbox"/> 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA <input type="checkbox"/> 11 - POŠ. AKT. IZ 16. ČL. ZVZ <input type="checkbox"/> <b>5 - NAČIN DOPLAČILA</b> 1 - BREZ DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 2 - ZAVAROVANA OSEBA <input type="checkbox"/> 3 - ZAVAROVANICA <input type="checkbox"/> <b>6 - KONVENCIJA</b> ŠIFRA ZAVAROVAVANICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____ ŠIFRA DRŽAVE _____ <b>7 - POZ.</b> ŠIFRA ZAVAROVAVANICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____ <b>8 - KODIČNA</b> ŠIFRA DRŽAVE _____ <b>9 - TILA ČER</b> 1 - NIJNO <input type="checkbox"/>	
<b>10 - SKLEP</b> 1 - MEMORANDA ZDRAVNIKA <input type="checkbox"/> SKLEP ŠT. _____ 2 - ZDRAVNIŠKE KOMBILE <input type="checkbox"/> DNE _____		<b>11 - PROBLJENI POSATE</b> 3 - KZZ SE NE DA PRESPRITI <input type="checkbox"/> 4 - SST NE DELA <input type="checkbox"/> 5 - ANP <input type="checkbox"/> 6 - DOLŽNIK NIMA KZZ <input type="checkbox"/>	

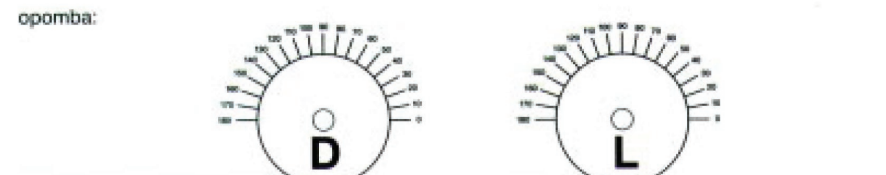
1. Zavarovani osebi naj se  - izda  - izdelava

pripomoček \_\_\_\_\_ (naziv pripomočka) \_\_\_\_\_ (šifra pripomočka)

\_\_\_\_\_ (naziv pripomočka) \_\_\_\_\_ (šifra pripomočka)

\_\_\_\_\_ (naziv pripomočka) \_\_\_\_\_ (šifra pripomočka)

\_\_\_\_\_ (naziv pripomočka) \_\_\_\_\_ (šifra pripomočka)



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 – daljava \_\_\_\_\_  
 Teleskopska očala – bližina \_\_\_\_\_  
 Lupa (povečava) \_\_\_\_\_

OPOMBA: \_\_\_\_\_

Zavarovana oseba že ima pripomoček \_\_\_\_\_

ki je bil izdan dne \_\_\_\_\_

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ žig \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ podpis zdravnika

Garancija za izdani pripomoček velja do \_\_\_\_\_

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ žig \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ dobavitelj

Potrjujem prejem pripomočka.

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ podpis prevzemnika