

PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU

3518301

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDRAVILNIŠČA DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

1 - OSEBNI _____
 2 - NADOMESTNI _____ (Številka zdravnika)
 3 - NAPOTNI _____ (imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(Številka zavarovane osebe) _____ (datum roj) _____

(Imena ZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavezanec) _____

(priimek) _____ (ime) _____ **M - 1 2 - 2**

(ulica) _____

(poštna številka) _____ (kraj) _____

4 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA
 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA
 03 - FOKUSNA BOLEZEN 09 - SPREMNITVO
 04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA
 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTAJA PRI AKTIVNOSTI 2 18. ČL. ZAKONA
 06 - NEGA

PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____

5 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
 ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

6 - POKLIC

DELO, KI GA ZAVAROVANEC OPRAVLJA (POKLIČ) _____

10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD _____

7 - OBLOČITEV

1 - O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO _____
 2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE _____
 3 - ZDRAVILNICE V ZDRAVILNIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA
 4 - ZDRAVILNICE V ZDRAVILNIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA
 5 - O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKO TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV
 6 - O UPRAVIČENOSTI ZAHTEVE PO MEDICINSKO TEHNIČNEM PRIPOMOČKU PRED UTEKOM TRAJAŠTNE DOBE

11 - SKLEP

ZADRŽAN PO SKLEPU ŠT. _____

1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____ DO _____
 2 - ZDRAVSTVENE KOMISJE _____ DO _____

8 - ZAVEZANEC

NAZIV _____ (Številka zavarovalnice)

reg. št. _____ šifra dejavnosti _____

12 - ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI (DELOVNI) ČAS OD: _____ DO: _____

ZA KRAJŠI (DELOVNI) ČAS OD: _____ DO: _____

DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN
 OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN

9 - DRUŽINSKI ČLAN

(priimek) _____

(ime) _____ (datum roj) _____

1 - OTROK 2 - ZAKONEC _____

13 - NAPOTEN NA IK

NAPOTEN DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN _____
 DA

14 - INVALIDNOST

INVALID _____

1. 1. kat. 2. 2. kat. 3. 3. kat. _____

15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

OD DNE _____ PREDVIDENO DO DNE _____

DIAGNOZA:

Šifra: _____
 Začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni oziroma poškodbe izven dela od _____ do _____ (recidiv)

Nadomestilo za 120 delovnih dni po 3. odst. 137. čl. zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS, št. 42/02) je bilo izplačano v breme delodajalca do _____

ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA UTEMELJITEV PREDLOGA IZ RUBRIKE 5 (točki 5 in 6)

OPOMBE - PREDLOGI:

Namestitev na negovalni oddelek: da ne

Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____, dne _____ žig _____ podpis zdravnika

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:
 V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim področjem napoten v zdravilišče:

 Kraj _____, dne _____ podpis zavarovane osebe