

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZOBOZDRAVNIK

ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA _____

☐ OSEBNI ☐ NAPOTNI

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____

(priimek) _____

(ime) _____ M - 1 Ž - 2

(ulica) _____

(poštna številka) _____ (kraj) _____

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

5 - IZDELOVALEC NADOMESTKA

(šifra laboratorija) _____ (naziv laboratorija) _____

(številka izdelovalca) _____ (ime izdelovalca nadomestka) _____

6 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN
02 - POŠKODBA IZVEN DELA
03 - POKLICNA BOLEZEN
04 - POŠKODBA PRI DELU
05 - POŠ. PO TRETJI OS. IZVEN DELA

7 - TUJI ZAVAROVANEC

(šifra države) _____

8 - SCHEMA STANJA ZOBOVJA IN NAČRT REHABILITACIJE

načrt

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

stanje

načrt

9 - DOSEDANJI NADOMESTKI IZDELANI DNE

storitev	količina	šifra	material	posebnost

Izjavljam, da bom v dogovoru s zobnoprotetičnim laboratorijem zagotovil skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami iz Pravilnika o medicinskih pripomočkih (Ur. l. RS, št. 71/03) in za to prevzemam tudi vso odgovornost.

11 - PREDRAČUN IN RAZLOG DOPLAČILA

☐ - obvezno zdravstveno zavarovanje _____ EUR

- doplačilo po 23. čl. ZZVZZ _____ EUR

☐ a) prostovoljno zdr. zavar. _____ EUR

☐ b) oseba sama _____ EUR

☐ - plačilo nadstand. materiala _____ EUR

☐ - plačilo storitev, ki niso pravica _____ EUR

iz obveznega zdr. zavarovanja _____ EUR

SKUPAJ _____ EUR

12 - IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE

Soglašam s predlogom zobnoprotetične rehabilitacije, pri čemer sem bil(a) seznanjen(a) tudi z drugimi možnostmi. Seznanim(a) sem z zneskom krija za opravljene storitve iz zdravstvenega zavarovanja ter z doplačili in plačili, ki mi jih zavarovanje ne krija. Plačila in doplačila bom poravnal(a) v rokih, ki bodo opredeljeni na izstavljenem računu. Hkrati potrjujem, da sem seznanjen(a), da izvajalec jamči za izdelek 1 leto in da nimam pravice do enakega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pred iztekom trajnostne dobe, ki je za prevleke _____ let, za mostiček _____ let, za delno akrilno protezo _____ let, za delno protezo s kovinsko bazo _____ let in za totalno protezo _____ let.

Izdel in založbi: - Obrazec ZB/04 ponatis prepovedan (kraj) (datum) (podpis zavarovane osebe) CETIS 018797-05/00007

13 - POTRDITEV ZZS

ZZS - območna enota _____

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **potrjuje**.

☐ ugotavlja, da Predlog zobnoprotetične rehabilitacije **ni v skladu** s _____ členom, _____ alineo Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **zavrača**.

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije pomanjkljivo izpolnjen, zato ga **vrača zobozdravniku v dopolnitev. Prosimo dopolnite** _____.

(kraj) (datum) (žig) (podpis)