

DELOVNI NALOG

5794001

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK ☐ OSEBNI ☐ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ ☐ NAPOTNI ☐ NMP ☐ NADOMESTNI _____ _____ (imenski žig)	
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva) _____ (enota ZZSZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____	4 - NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ 5 - VELJAVNOST NALOGA 1 - ENKRATNO _____ 2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV _____ 6 - VRSTA STORITVE 1 - FIZIOTERAPIJA _____ 2 - DELOVNA TERAPIJA _____ 3 - NEGA NA DOMU _____ 4 - STORITVE PSIHologa, LOGOPEDA, SPEC. PEDAGOGA... _____ 5 - RENTGENSKO SLIKANJE _____	
7 - RAZLOG OBRAVNAVE ☐ 01 - BOLEZEN 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 03 - POKLICNA BOLEZEN 04 - POŠKODBA PRI DELU 05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI 07 - TRANSPLANTACIJA	8 - NAČIN DOPLAČILA ☐ 1 - BREZ DOPLAČILA 2 - ZAVAROVANA OSEBA 3 - ZAVAROVALNICA 9 - TUJI ZAVAROVANEC _____ ŠIFRA DRŽAVE _____	9 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____

Napoten k izvajalcu _____
(naziv in naslov)

Podatki o bolezni (vzrok za napotitev) _____

Za opisano stanje se FTH opravlja prvič v letu: ☐ DA ☐ NE

OBRNI

NAROČENE STORITVE

[illegible]

Kraj _____ dne _____ žig _____
(podpis zdravnika)