

**MESEČNA ZBIRNA NAROČILNICA št.....**

Številka .....

Obr. NAR-3/01

**2-SOCIALNI ALI DRUG ZAVOD**  
 .....  
 .....  
 .....  
 (naziv in naslov socialnega ali drugega zavoda)

**1-OBDOBJE**  
 ZA obdobje od .....do.....  
**3-ZZZS ENOTA**  
 ZZZS OBMOČNA ENOTA: .....  
 ZZZS Izpostava: .....  
 Šifra izpostave:.....

**4-ZAVAROVALNICA ZA DOPLACILA**  
 PZZ zavarovalnica (ustrezno označi):  
 1- Vzajemna  
 2- Adriatic  
 3- Triglav

**5-NAROČILO** **Neproputne hlačke**

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

**Predloge za srednjo inkontinenco**

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

**Predloge, plenice in posteljne predloge za težko inkontinenco**

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

**Plenice in posteljne predloge za zelo težko inkontinenco**

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

**Plenice za otroke**

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Šifra zdr. dejavnosti:                      Št. izvajalca:                      Datum:                      Šifra zdravnika:                      Podpis zdravnika:                      Žig zdravnika:

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za naročanje:

**6-PREVZEM**

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za prevzem naročene količine:                      Datum prevzema: