

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

Številka .....

Obr. NAR-3/02

**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 DOPLAČILA**  
 PZZ zavarovalnica (ustrezno označi):  
 02- Adriatic  
 03- Vzajemna  
 04- Triglav  
 06-ZZZS-proračun RS

**5-NAROČILO Npropustne hlačke**

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

Datum: \_\_\_\_\_ Podpis zdravnika: \_\_\_\_\_ Žig zdravnika: \_\_\_\_\_ Šifra 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: \_\_\_\_\_