

NAROČILNICA ZA MEDICINSKO TEHNIČNI PRIPOMOČEK

A 7420001

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		2 - ZDRAVNIK 1 - OSEBNI ☐ 2 - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika) 3 - NAPOTNI _____ (imenski žig)	
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj. - MM/LLLL) _____ (enota ZZZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____		4 - RAZLOG OBRAVNAVE 1 - BOLEZEN ☐ 2 - POŠKODBA IZVEN DELA 3 - POKLICNA BOLEZEN 4 - POŠKODBA PRI DELU 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA	
		5 - NAČIN DOPLAČILA 1 - BREZ DOPLAČILA 2 - ZAVAROVANA OSEBA 3 - ZAVAROVALNICA	
8 - PRIDOBLENI PODATKI 3 - KZZ SE NE DA PREBRATI 4 - SST NE DELA 5 - NMP 8 - DOJENČEK NIMA KZZ ☐		7 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____	
9 - 78.a ČLEN 1 - NUJNO ☐		6 - TUJI ZAVAROVANEC ŠIFRA DRŽAVE _____	
10 - ODLOČBA ODLOČBA ŠT. _____ DNE _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA ☐ 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE ☐			

11. Zavarovani osebi naj se ☐ - izda ☐ - izdela ☐ - izposodi ☐ - servisira

pripomoček

_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)
_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)
_____ (naziv vrste)	_____ (šifra vrste)

Pripombe: _____

Izposoja do: _____
(datum)

☐ - količina _____ ☐ - obdobje _____

Kraj _____ dne _____ žig _____
podpis zdravnika

12 - SERVIS

01 - VZDRŽEVANJE

02 - POPRAVILO, ZAMENJAVA DELOV



Zavarovana oseba je pripomoček prejela dne _____

Serviser zagotavlja, da bo pripomoček po popravilu in zamenjavi delov uporaben
še _____ mesecev.

Specificiran predračun je priloga k naročilnici.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(dobavitelj)

Zavod odobri servis do zneska _____ EUR.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(Zavod)

Serviser je opravil

- vzdrževanje, ki obsega _____

- popravilo z zamenjavo delov, ki obsega: _____

Garancija za zamenjane dele je _____ mesecev.
(s številko in z besedo)

Garancija za izdani pripomoček velja do _____.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(za dobavitelja)

Potrjujem prejem pripomočka.

Kraj _____ dne _____
(podpis zavarovane osebe)