ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE

87654321

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI _____

naziv izvajalca

2 - SPECIALIST ORTODONT

ŠTEVILKA ORTODONTA _____

imenski žig

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe) (datum roj.)

(enota ZZZS zavarovanja / reg. št.) (zavar. podlaga)

(priimek)

(ime) M - 1 Ž - 2

(ulica)

(poštna številka) (kraj)

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____

ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA _____

5 - IZDELOVALEC ORTODONTSKEGA APARATA

šifra laboratorija naziv laboratorija

številka izdelovalca ime izdelovalca nadomestka

kraj datum žig podpis ortodonta

Pravice in obveznosti v okviru ortodontskega zdravljenja

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen(a) **s pravicami in obveznostmi v okviru ortodontskega zdravljenja**, ki jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob tem sem bil(a) seznanjen(a) tudi s posledicami morebitnega ravnanja, ki ne bi bilo v skladu z navodili ortodonta in predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja glede:

- rednega vzdrževanja brezhibne ustne higiene ves čas ortodontskega zdravljenja;
- rednega nošenja aparata po navodilih ortodonta;
- ravnanja s snemnimi oziroma nesnemnimi aparati, da se ti ne poškodujejo ali izgubijo;
- prihajanja na naročene preglede k ortodontu oziroma se v primeru opravičljivih zadržanosti opravičiti in dogovoriti za naslednji datum obiska.

Seznanjen(a) sem, da ima ortodont pravico in dolžnost prekiniti ortodontsko zdravljenje na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, če zavarovana oseba:

- ne pride na ponovni pregled v času 6 mesecev ali več po datumu pregleda, na katerega je bila naročena;
- kljub večkratnim opozorilom, ki so evidentirana v njeni kartoteki, ne nosi aparata po ortodontovih navodilih;
- kljub večkratnim opozorilom, ki so evidentirana v njeni kartoteki, ne vzdržuje redne ustne higiene in s tem ogroža lastno oralno zdravje.

Nadalje sem seznanjen(a):

- z osnovnimi informacijami o možnostih in načinih ortodontskega zdravljenja;
- z rezultati meritev, stopnjo težavnosti nepravilnosti, cilji in načrtom zdravljenja ter predvidenimi stroški ortodontskega zdravljenja;
- da, v primeru prekinitve zdravljenja zaradi nespoštovanja obveznosti, ki sem jih prevzel(a) ob začetku ortodontskega zdravljenja, ne morem od osebnega zobozdravnika zahtevati oziroma dobiti nove napotnice za nadaljevanje ortodontskega zdravljenja na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja pri drugem ortodontu;
- da, bom moral(a) nositi nastale stroške zdravljenja oziroma izdelave novega aparata, če se aparat izgubi ali če je potrebno njegovo popravilo zaradi poškodovanja, do katerega je prišlo zaradi nespoštovanja ortodontovih navodil glede ravnanja z njim.

kraj datum podpis zavarovane osebe, starša ali skrbnika

ime in priimek starša ali skrbnika

Izdal in založil [redacted] - Obrazec ORT/01

ponatis prepovedan

CETIS 03485304857304853048