

# DELOVNI NALOG ZA ZOBNOPROTETIČNE STORITVE

## 1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA \_\_\_\_\_ ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (naziv izvajalca)

## 2 - ZOBOZDRAVNIK

OSEBNI  ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA \_\_\_\_\_  
 NAPOTNI  NADOMESTNI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 (imenski žig)

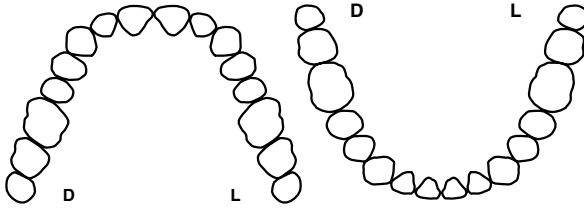
## 3 - ZAVAROVANA OSEBA

\_\_\_\_\_ (številka zavarovane osebe) \_\_\_\_\_ (starost)  
 \_\_\_\_\_ (ime zavarovane osebe - brez priimka) **M - 1 Ž - 2**

## 4 - IZDELOVALEC NADOMESTKA

\_\_\_\_\_ (šifra laboratorija) \_\_\_\_\_ (naziv laboratorija)  
 \_\_\_\_\_ (številka izdelovalca) \_\_\_\_\_ (ime izdelovalca nadomestka)

## 5 - NAČRT



OZNAČITI  manjkajoči zob  zob v protezi

prevleka na zobu  člen



BARVA

OBLIKA

datum začetka: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis zobozdravnika

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

## 7 - NAROČILO POSAMEZNIH DEL

količina	storitev	naročam naslednja dela	material	datum	ura
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Izpolni laboratorij

ZLITINA \_\_\_\_\_

MATERIAL \_\_\_\_\_

MATERIAL \_\_\_\_\_

Medicinski pripomoček je narejen po naročilu za zgoraj navedeno zavarovano osebo. Izjavljam in prevzemam vso odgovornost za skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami Pravilnika o medicinskih pripomočkih.

\_\_\_\_\_ (kraj)

\_\_\_\_\_ (datum)

(žig)

\_\_\_\_\_ (podpis tehnika)

