

1 - ZDRAVNIK <input type="checkbox"/> OSEBNI <input type="checkbox"/> POOBlašČENI	ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ <input type="checkbox"/> NADOMESTNI	2 - ŠTEVILKA IZVAJALCA _____
--	---	--


3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe)	_____ (datum roj. - MMLLLL)
_____ (enota ZZS zavarovanja / reg. št.)	_____ (zavar. podlaga)
_____ (priimek)	
_____ (ime)	M - 1 Ž - 2
_____ (ulica)	
POŠTA _____	KRAJ _____

PZZ:

šifra zavarovalnice 4 - RAZLOG OBRAVNAVE <input type="checkbox"/> 1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA) 2 - POŠKODBA IZVEN DELA 3 - POKLICNA BOLEZEN 4 - POŠKODBA PRI DELU 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA	šifra zavarovanja 5 - NAČIN DOPLAČILA <input type="checkbox"/> 1 - BREZ DOPLAČILA 2 - ZAVAROVANA OSEBA 3 - ZAVAROVALNICA	številka police 6 - TUJI ZAVAROVANEC šifra države _____ _____ farmacevt _____
--	--	--

Rp./ 


 Žig izvajalca _____ (datum) _____ (podpis in imenski žig zdravnika)

Kontaktni podatki o zdravniku in izvajalcu:

_____ (ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije) _____ (e-poštni naslov zdravnika)
 _____ (tel. številka) _____ (naslov)