

1 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI

ŠTEVILKA
ZDRAVNIKA

☐ POOBLAŠČENI

☐ NADOMESTNI

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj. MMLLLL)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(priimek)

M - 1 Ž - 2

(ime)

(ulica)

POŠTA

KRAJ

PZZ:

šifra zavarovalnice

šifra zavarovanja

številka police

3 - RAZLOG OBRAVNAVE

4 - NAČIN DOPLAČILA

5 - TUJI ZAVAROVANEC

1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA)

1 - BREZ DOPLAČILA

šifra države

2 - POŠKODBA IZVEN DELA

2 - ZAVAROVANA OSEBA

farmacevt

3 - POKLICNA BOLEZEN

3 - ZAVAROVALNICA

4 - POŠKODBA PRI DELU

Rp./




PRAVILA
ČLEN 210

(datum)

(podpis in imenski žig zdravnika)

Kontaktni podatki o zdravniku:

(ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije)

(e-poštni naslov zdravnika)

(tel. številka)

(naslov)