PREDLOG ZOBNOPROTETIČNE REHABILITACIJE

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ **ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI** _____

_____
(naziv izvajalca)

2 - ZOBOZDRAVNIK

☐ OSEBNI **ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA** _____

☐ NAPOTNI ☐ NADOMESTNI

_____
(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 ZDRAVNIKA _____

5 - IZDELOVALEC NADOMESTKA

_____ (šifra laboratorija) _____ (naziv laboratorija)

_____ (številka izdelovalca) _____ (ime izdelovalca nadomestka)

6 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN
02 - POŠKODBA IZVEN DELA
03 - POKLICNA BOLEZEN
04 - POŠKODBA PRI DELU
05 - POŠ. PO TRETJI OS. IZVEN DELA

☐

7 - TUJI ZAVAROVANEC

_____ (šifra države)

8 - SHEMA STANJA ZOBOVJA IN NAČRT REHABILITACIJE

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

OZNAČITI ╳ manjkajoči zob ⊗ zob v protezi

☐ prevleka na zobu ☒ člen S samoplačniška storitev

9 - DOSEDANJI NADOMESTKI IZDELANI DNE

_____
_____
_____
_____

10 - NAROČILO STORITEV

storitev	količina	šifra	material	posebnost

Izjavljam, da bom v dogovoru z zobnoprotetičnim laboratorijem zagotovil skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami iz Pravilnika o medicinskih pripomočkih in za to prevzemam tudi vso odgovornost.

_____ (kraj) _____ datum (žig) _____ (podpis zobozdravnika)

11 - PREDRAČUN IN RAZLOG DOPLAČILA

☐ - obvezno zdravstveno zavarovanje _____ EUR

- doplačilo po 23. čl. ZZVZZ

☐ a) prostovoljno zdr. zavar. _____ EUR

☐ b) oseba sama _____ EUR

☐ - plačilo nadstand. materiala _____ EUR

☐ - plačilo storitev, ki niso pravica iz obveznega zdr. zavarovanja _____ EUR

SKUPAJ _____ EUR

12 - IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE

Soglašam s predlogom zobnoprotetične rehabilitacije, pri čemer sem bil(a) seznanjen(a) tudi z drugimi možnostmi. Seznanjen(a) sem z zneskom kritja za opravljene storitve iz zdravstvenega zavarovanja ter z doplačili in plačili, ki mi jih zavarovanje ne krije. Plačila in doplačila bom poravnal(a) v rokih, ki bodo opredeljeni na izstavljenem računu.

Hkrati potrjujem, da sem seznanjen(a), da izvajalec jamči za izdelek 1 leto in da nimam pravice do enakega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pred iztekom trajnostne dobe, ki je za prevleke _____ let, za mostiček _____ let, za delno akrilatno protezo _____ let, za delno protezo s kovinsko bazo _____ let in za totalno protezo _____ let.

_____ (kraj) _____ (datum) _____ (podpis zavarovane osebe)

Izdal in založil: ZZZS – Obrazec ZB/05 ponatis prepovedan CETIS-GRAF, d.d., Celje 028022-12/09017

13 - POTRDITEV ZZZS

ZZZS - območna enota _____

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **potrjuje.**

☐ ugotavlja, da Predlog zobnoprotetične rehabilitacije **ni v skladu** s _____ členom, _____ alineo Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **zavrača.**

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije pomanjkljivo izpolnjen, zato ga **vrača zobozdravniku v dopolnitev. Prosimo dopolnite** _____ **.**

_____	_____	(žig)	_____
(kraj)	(datum)		(podpis)