

PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK 1 - OSEBNI _____ 2 - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika) 3 - NAPOTNI _____ _____ (imenski zig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (enota ZZSZ zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) _____ (poštna številka) _____ (kraj)	8 - RAZLOG OBRAVNAVE 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA _____ 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO 04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTI IZ 18. ČL. ZAKONA 06 - NEGA PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____
4 - POKLIC DELO, KI GA ZAVAROVANEC OPRAVLJA (POKLIC) _____	9 - NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____
5 - ODLOČITEV 1 - O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO _____ 2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE 3 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA 4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA 5 - O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV 6 - O UPRAVIČENOSTI ZAHTEVE PO MEDICINSKEM PRIPOMOČKU PRED IZTEKOM TRAJNOSTNE DOBE	10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD _____
6 - ZAVEZANEC NAZIV _____ _____ reg. šte. _____ šifra dejavnosti _____ število zavezancev	11 - ODLOČBA ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT.: _____ 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____ DO _____ 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____ DO _____
7 - DRUŽINSKI ČLAN _____ (priimek) _____ (ime) _____ (datum roj.) 1 - OTROK 2 - ZAKONEC _____	12 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DELOVNI ČAS OD: _____ DO: _____ ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD: _____ DO: _____ DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN
	13 - NAPOTEN NA IK NAPOTEN DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN _____ DA
	14 - INVALIDNOST INVALID _____ 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.
	15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE OD DNE _____ PREDVIDENO DO DNE _____

DIAGNOZA:

Šifra: _____

Začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni oziroma poškodbe izven dela
od _____ do _____ (recidiv)

Nadomestilo za 120 delovnih dni po 3. odst. 137. čl. zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS,
št. 42/02) je bilo izplačano v breme delodajalca do _____

ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA

UTEMELJITEV PREDLOGA IZ RUBRIKE 5 (točki 5 in 6)

OPOMBE - PREDLOGI:

Namestitev na negovalni oddelek: ☐ da ☐ ne

Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____, dne _____ žig _____
podpis zdravnika

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:

V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim
področjem napoten v zdravilišče:

Kraj _____, dne _____
podpis zavarovane osebe