

DELOVNI NALOG ZA FIZIOTERAPIJO

0420647

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

_____ (naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

OSEBNI _____ številka zdravnika _____
 NADOMESTNI NAPOTNI

_____ (imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva)

_____ (priimek)

_____ (ime)

_____ (ulica, hišna številka)

_____ (poštna številka) _____ (kraj)

_____ (telefonska številka*)

_____ (e-pošta*)

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

5 - VRSTA FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

1. MALA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA
2. SREDNJA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA
3. VELIKA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA
4. SPECIALNA FIZIOTERAPEVTSKA OBRAVNAVA
4.1. MANUALNA TERAPIJA ZAHTEVNIH OKVAR MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA
4.2. LIMFNA DRENAŽA, OBRAVNAVA PRIMARNEGA IN SEKUNDARNEGA LIMFEDEMA
4.3. MIŠIČNO-SKELETNA FIZIOTERAPIJA ZAHTEVNIH OKVAR MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA
4.4. NEVROFIZIOTERAPIJA ODRASLIH
4.5. NEVROFIZIOTERAPIJA OTROK

*- kontaktna podatka o telefonski številki in elektronskem naslovu nista obvezna

7 - STOPNJA NUJNOSTI

1. HITRO
2. REDNO

8 - PREDNOSTNI KRITERIJI

1. NOSEČNOST
2. DOJENJE
3. PREPREČITEV NASTANKA POTREB PO DODATNIH ZDRAVSTVENIH STORITVAH
4. OCENA NEZMOŽNOSTI ZA DELO

6 - RAZLOG OBRAVNAVE

01. BOLEZEN
02. POŠKODBA IZVEN DELA
03. POKLICNA BOLEZEN
04. POŠKODBA PRI DELU
05. POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI
07. TRANSPLANTACIJA

9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

_____ (e-poštni naslov zdravnika)

_____ (telefonska številka) _____ (naslov)

10 - TUJI ZAVAROVANEC

_____ ŠIFRA DRŽAVE _____

11 - VZROK ZA NAPOTITEV

12 - CILJ FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

PRIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE

0420647

NAROČEN
PRI IZVAJALCU
FIZIOTERAPIJE

DNE _____ OB _____ URI _____ PRI FIZIOTERAPEVTU _____

