

DELOVNI NALOG ZA FIZIOTERAPIJO**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*)

* - obvezen je vsaj en kontaktni podatek.

7 - STOPNJA NUJNOSTI

2. HITRO
 3. REDNO
 4. ZELO HITRO

8 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

_____ (e-poštni naslov zdravnika)
 _____ (telefonska številka) _____ (naslov)

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

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 - TUJI ZAVAROVANEC

šifra države

10 - VZROK ZA NAPOTITEV

11 - CILJ FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE

PRIIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE

_____ NAROČEN PRI IZVAJALCU FIZIOTERAPIJE _____

DNE _____ OB _____ URI PRI FIZIOTERAPEVTU _____

Založil:  - Obr. DN-FT/02

PONATIS PREPOVEDAN

