

NAROČILNICA številka: _____ B

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA IZBOLJŠANJE VIDA

1 – IZVAJALECŠTEVILKA
IZVAJALCAŠIFRA ZDR.
DEJAVNOSTI

(naziv izvajalca)

2 – ZDRAVNIK

(številka zdravnika)

(ime in priimek, poklicna kvalifikacija)

3 – ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)

(poštna številka)

(kraj)

4 – RAZLOG OBRAVNAVE

- 1 - BOLEZEN
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 - POKLICNA BOLEZEN
- 4 - POŠKODBA PRI DELU
- 5 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

5 – NAČIN DOPLAČILA

- 1 - BREZ DOPLAČILA
- 2 - ZAVAROVANA OSEBA
- 3 - ZAVAROVALNICA

**6 – TUJI
ZAVAROVANEC**

(šifra države)

7 – PZZ

PZZ ZAVAROVALNICA / ŠTEVILKA POLICE

ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJA DO

8 – ODLOČBA

1- IMENOVANEGA ZDRAVNIKA

ODLOČBA ŠT.

2-ZDRAVSTVENE KOMISIJE

DNE

10 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZDA

2 – IZDELA

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka)

(naslov)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

Kraj

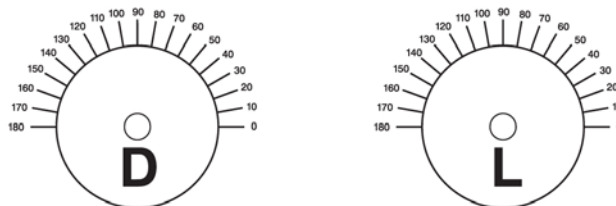
dne

žig

podpis zdravnika

Naročilnico predložite pogodbenemu optiku najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZZS, sicer ne velja več.

Opomba:



Uporaba		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
Za daljavo	D.o.					
	L.o.					
Za bližino	D.o.					
	L.o.					

Leče		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Diam.	Basis curve
	D.o.						
	L.o.						

Zenična razdalja [] Vrsta stekel []

Vrsta kontaktnih leč []

Teleskopska očala – daljavo []

Teleskopska očala – bližina []

Lupa (povečava) []

Opomba: []

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do [] .

Naročilnica je bila predložena optiki dne [] .

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj [] dne [] žig []

podpis optika

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj [] dne [] []

podpis zavarovane osebe