

NAROČILNICA številka: **A**

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

ŠIFRA ZDR.
DEJAVNOSTI

(naziv izvajalca)

2 – ZDRAVNIK

☐ OSEBNI

☐ NMP

☐ NADOMESTNI

☐ NAPOTNI

(številka zdravnika)

(imenski žig)

3 – ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)

(poštna številka)

(kraj)

8 – ODLOČBA

1 - IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA
2 - ZDRAVSTVENE
KOMISIJE

ODLOČBA ŠT.

DNE

10 – 78.a ČLEN ZVZZ

1 - NUJNO
ZDRAVLJENJE

11 – VELJAVNOST NAROČILNICE

1 - ENKRATNA
2 - OBNOVLJIVA

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

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka)

(naslov)

12 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZDA

2 – IZDA FUNKCIONALNO USTREZEN

3 – PRILAGODI

13 – PREDPIS PODSKUPINE

(naziv podskupine medicinskega pripomočka)

(šifra podskupine)

(količina/dan)

(obdobje)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

Datum možnega prejema od _____ dalje.

Opomba: _____

Izposoja do _____ . Zavarovana oseba je medicinski

(datum)

pripomoček, ki je predmet prilagoditve, prejela dne _____ .

Kraj _____ dne _____ žig _____

podpis zdravnika

Naročilnico predložite specializirani prodajalni ali lekarni najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZS, sicer ne velja več.

ZZZS odobri prilagoditev medicinskega pripomočka
v znesku [] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj [] dne [] žig []
podpis ZZZS

ZZZS odobri funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček
v znesku [] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj [] dne [] žig []
podpis ZZZS

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do [] .

Naročilnica je predložena dobavitelju dne [] .

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj [] dne [] žig []
podpis dobavitelja

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj [] dne []
podpis zavarovane osebe