

1234567

1 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI ☐ POOBlašČENI

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

☐ NADOMESTNI

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(število zavarovane osebe)

(datum roj. - MM/LL)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(priimek)

(ime)

M-1 Ž-2

(ulica)

POŠTA _____ KRAJ _____

3 - RAZLOG OBRAVNAVE

- 1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA) ☐
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 - POKLICNA BOLEZEN
- 4 - POŠKODBA PRI DELU
- 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

4 - NAČIN DOPLAČILA

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

5 - KONVENCIJA

šifra države

farmaceut

Rp./

Žig
izvajalca

(datum)

(podpis in imenalo žig zdravnika)

Založnik: **ZZZS** - Obč. Rp/01

Poslala prepovedan

1234567

1 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI ☐ POOBlašČENI

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

☐ NADOMESTNI

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(število zavarovane osebe)

(datum roj. - MM/LL)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(priimek)

(ime)

M-1 Ž-2

(ulica)

POŠTA _____ KRAJ _____

3 - RAZLOG OBRAVNAVE

- 1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA) ☐
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 - POKLICNA BOLEZEN
- 4 - POŠKODBA PRI DELU
- 5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

4 - NAČIN DOPLAČILA

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

5 - KONVENCIJA

šifra države

farmaceut

Rp./

ZZZS
PRAVILA
ČLEN 210

(datum)

(podpis in imenalo žig zdravnika)

Založnik: **ZZZS** - Obč. Rp/01

Poslala prepovedan