

PREDLOG ZDRAVNIŠKI KOMISIJI

123456789

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

 (naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____
☐ NAPOTNI _____

 (imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.)
 _____ (enota ZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlaga)
 _____ (priimek) _____ M-1 Ž-2
 _____ (ime)
 _____ (ulica)
 _____ (poštna številka) _____ (kraj)

4 - POKLIC

DELO, KI GA ZAVAROVANEC OPRAVLJA (POKLIC)

5 - MNENJE OZ. SOGLASJE

- 1 - O NEZMOŽNOSTI ZA DELO ☐
 2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE
 3 - O PODALJŠANJU PORODNIŠKEGA DOPUSTA
 4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA
 5 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA

6 - ZAVEZANEC

NAZIV _____

 reg. št. _____ šifra dejavnosti _____

 število zavezancev

7 - DRUŽINSKI ČLAN

_____ (priimek)
 _____ (ime) _____ (datum roj.)
 1 - OTROK 2 - ZAKONEC ☐

8 - RAZLOG OBRAVNAVE

- 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA
 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA
 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO
 04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA
 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTI IZ 18. CL. ZAKONA
 06 - NEGA
 PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____

9 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
 ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD _____

11 - MNENJE ZK

ZADRŽAN PO MNENJU ZK ŠT. _____
 1. I. STOPNJE ☐ DO _____
 2. II. STOPNJE ☐

12 - ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____
 ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD: _____ DO _____
 DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN

13 - NAPOTEN NA IK

NAPOTEN DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN DA

14 - INVALIDNOST

INVALID ☐
 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.

15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

OD DNE _____ PREDVIDENO DO DNE _____

DIAGNOZA:

šifra: _____

ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA

OPOMBE - PREDLOGI:

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____ dne _____

žig _____
podpis zdravnika