

PRIJAVA – ODJAVA ZAVAROVANJA
za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

registrska številka zavezanca

šifra dejavnosti

Podlaga zavarovanja 5 0

P	O	Enotna matična številka občana	Priimek in ime Ulica in h. št.	št. pošte dat. pričetka dat. preneh.
1	2	3	4	5

Kraj _____ dne _____

Izpolni ZZZS	Datum prejema
	Prejel

Vložnik

NAVODILO

za prijavo-odjavo zavarovanja za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni

I. SPLOŠNO

Za primer rizika poškodbe pri delu in poklicne bolezni morajo biti obvezno zavarovane osebe iz 16., 17. in 18. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 28/98 in 6/99 – v nadaljevanju: ZZVZZ).

Prijavo v zavarovanje so dolžni pri pristojni enoti enoti oziroma izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) vložiti v 8. dneh zavezanca, ki jih določa ZZVZZ.

Obrazec M1-2/B zavezanec uporablja le za prijavo zavarovanja za osebe iz 17. in 18. člena ZZVZZ. Za zavarovance, iz 16. člena ZZVZZ posebnega obrazca M1-2/B ni potrebno izpolniti, saj prijava teh v zavarovanje z obrazcem M-1 hkrati vključuje tudi prijavo za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Obrazec M1-1/B mora biti izpolnjen čitljivo, posamezni podatki pa vpisani na predvidenih mestih.

II. IZPOLNJEVANJE OBRAZCA

– IME IN SEDEŽ ZAVEZANCA ZA PRISPEVEK

Vpisati je treba ime in sedež družbe, zavoda oz. drugega subjekta, pri katerem oseba opravlja delo oziroma izvaja aktivnosti.

– REGISTRSKA ŠTEVILKA ZAVEZANCA

Vpisati je treba 10-mestno registrsko številko zavezanca, ki jo poslovnemu subjektu dodeli Zavod.

– ŠIFRA DEJAVNOSTI

Vpisati je treba 6-mestno šifro dejavnosti iz obvestila o identifikaciji in razvrstitvi po dejavnosti, ki ga je izdal zavezancu Statistični urad Republike Slovenije.

– RAZLOG ZA ZAVAROVANJE

Na označena mesta je treba vpisati ustrezno točko ter člen iz ZZVZZ, glede na razlog prijave.

– PODLAGA ZAVAROVANJA

Ustrezna šifra je v obrazec že odtisnjena.

A: Prijava v zavarovanje

STOLPEC 1: Vpisati je treba znak "X".

STOLPEC 3: Vpisati je treba 13-mestno EMŠO (enotno matično številko občana) iz osebne izkaznice, potnega lista, vozniškega dovoljenja ali iz izpiska iz rojstne matične knjige osebe, za katero se izpolnjuje prijava.

Za tujce, ki jim je bila v RS dodeljena 13-mestna matična številka tujca (MŠT) je treba vpisati to številko.

STOLPEC 4: V zeleno označeno vrstico se z velikimi tiskanimi črkami vpiše priimek in ime, kot je navedeno v veljavnem osebnem dokumentu osebe. Med dvema priimkoma ali imenom vpišite tudi pomišljaj, če je ta uradno naveden.

V spodnjo – belo vrstico se vpiše naslov prebivališča v RS (ulica s hišno številko, kraj pošte in ustrezno 4-mestno pošto številko).

STOLPEC 5: V zeleno označeno vrstico je treba vpisati datum pričetka zavarovanja v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se izpolnijo z vodilnimi ničlami, letnica pa v celoti (npr.: datum rojstva je 4. julij 1958 – vpiše se 04071958).

B: Odjava iz zavarovanja

STOLPEC 2: Vpisati je treba znak "X".

STOLPEC 3: Podatek vpišite enako kot pod A.

STOLPEC 4: Vpisati je treba le priimek in ime osebe v zgornjo vrstico.

STOLPEC 5: V zeleno obarvano vrstico je treba vpisati datum pričetka, v spodnjo – belo vrstico pa datum prenehanja zavarovanja. Vpis se izvede v obliki DDMMLLLL.

OPOMBA: V primeru, da je zavezancu ob vložitvi prijave v zavarovanje znan tudi datum prenehanja opravljanja dela oziroma izvajanja aktivnosti za posamezno osebo, lahko na istem obrazcu istočasno izvede prijavo in odjavo (vpis obeh datumov ter označitev stolpca 1 in 2 z znakom "X").

Na vsaki PRIJAVI oz. ODJAVI mora biti vpisan tudi datum izpolnitve obrazca, podpis odgovorne osebe in žig zavezanca za prispevek. Prejem prijave na označenem mestu potrdi pristojni delavec ZZVS z zapisom datuma in podpisom.

IZJAVA O IZBIRI OSEBNEGA ZDRAVNIKA

0000150

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

(naziv izvajalca)

2 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj.)

(priimek)

(ime)

3 - IZJAVLJAM, DA JE:

01 - MOJ ZDRAVNIK

02 - ZDRAVNIK MOJEGA OTROKA

03 - ZDRAVNIK DRUGE OSEBE

(priimek zdravnika)

(ime zdravnika)

Številka zdravnika

Šifra zdravstvene dejavnosti zdravnika

4 - RAZLOG ZAMENJAVE

01 - PRESELITEV ZAVAROVANCA

02 - NEZAUPANJE ZAVAROVANCA

03 - ODSOTNOST ZDRAVNIKA

Nadzornim zdravnikom ZZZS dovoljujem vpogled v podatke iz medicinske dokumentacije, ki se nanašajo na uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja, in sicer vpogled v moje podatke oziroma osebne podatke mojega otroka ali druge osebe.

Kraj _____ datum _____

(podpis zavarovane oziroma pooblaščen osebe)

Založil:  - Obrazec IOZ - V2

CE 115 000001-00 42611-0



1. ZDRAVNIK 1 9 1 1 7 9 8 1 *

☐ OSEBNIŠTEVILKA
ZDRAVNIKA☐ POOBlašČENI☐ NADOMESTNI

2. ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj. - MM/LLLL)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(priimek)

(ime)

M - 1 Ž - 2

POŠTA KRAJ

PZZ:

šifra zavarovalnice

šifra zavarovanja

številka police

3 - RAZLOG OBRAVNAVE

4 - NAČIN DOPLAČILA

5 - KONVENCIJA

1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA)

2 - POŠKOBA IZVEN DELA

3 - POKLICNA BOLEZEN

4 - POŠKOBA PRI DELU

5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

1 - BREZ DOPLAČILA

2 - ZAVAROVANA OSEBA

3 - ZAVAROVALNICA

šifra države

farmacevt

Rp./

ZZZS

ZZZS
PRAVILA
ČLEN 210

(datum)

(podpis in imenski žig zdravnika)

Založbi: ZZZS - Obr. Rp/02

CETIS 00032-BA3T16-M3-P

Ponatis prepovedan



1. ZDRAVNIK * 5 1 9 3 1 7 9 8 2 *

☐ OSEBNIŠTEVILKA
ZDRAVNIKA☐ POOBlašČENI☐ NADOMESTNI

2. ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum roj. - MM/LLLL)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(priimek)

(ime)

M - 1 Ž - 2

POŠTA KRAJ

PZZ:

šifra zavarovalnice

šifra zavarovanja

številka police

3 - RAZLOG OBRAVNAVE

4 - NAČIN DOPLAČILA

5 - KONVENCIJA

1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA)

2 - POŠKOBA IZVEN DELA

3 - POKLICNA BOLEZEN

4 - POŠKOBA PRI DELU

5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

1 - BREZ DOPLAČILA

2 - ZAVAROVANA OSEBA

3 - ZAVAROVALNICA

šifra države

farmacevt

Rp./

ZZZS

Žig
izvajalca

(datum)

(podpis in imenski žig zdravnika)

Založbi: ZZZS - Obr. Rp/02

CETIS 00032-BA3T16-M3-P

Ponatis prepovedan

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no text or other markings on the paper.

0736004

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK ☐ OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ ☐ POOLBLAŠČENI ☐ NADOMESTNI _____ _____ (mesni žig)								
3 - ZAVAROVALNA OSEBA _____ (Številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ _____ (zavar. podloga) _____ (mesta ZZZS zavarovanja / reg. št.) _____ _____ (priloge) _____ _____ (ime) _____ _____ (lica, P. št.) _____ POŠTA _____ KRAJ _____	4 - NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____								
7 - RAZLOG OBRAVNAVE <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">01 - BOLEZEN</td> <td style="width: 50%;">05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI</td> </tr> <tr> <td>02 - POŠKODBA IZVEN DELA</td> <td>08 - TRANSPLANTACIJA</td> </tr> <tr> <td>03 - POKLICNA BOLEZEN</td> <td>11 - USPOŠABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA</td> </tr> <tr> <td>04 - POŠKODBA PRI DELU</td> <td></td> </tr> </table>	01 - BOLEZEN	05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI	02 - POŠKODBA IZVEN DELA	08 - TRANSPLANTACIJA	03 - POKLICNA BOLEZEN	11 - USPOŠABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA	04 - POŠKODBA PRI DELU		5 - TRAJANJE POOLBLASTILA 1 - ENKRATNO _____ 2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV _____ 6 - OBSEG POOLBLASTILA 1 - PREGLED IN MNENJE _____ 2 - ZDRAVLJENJE OSNOVNE BOLEZNI / POŠKODE IN NJENIH POSLEDIC _____ 3 - NAPOTITEV NA ZDRAVLJENJE K DRUGIM SPECIALISTOM IN V BOLNIŠNICO _____ 4 - PREVENTIVNI PRIEGLEDI, PREGISKE, CEPLJENJA _____ 8 - KONVENCIJA ŠIFRA ORŽAVE _____ 9 - STORITEV, POTREBNA ZARADI OCENE NEZMOŽNOSTI ZA DELO DA _____
01 - BOLEZEN	05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI								
02 - POŠKODBA IZVEN DELA	08 - TRANSPLANTACIJA								
03 - POKLICNA BOLEZEN	11 - USPOŠABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA								
04 - POŠKODBA PRI DELU									

VISTA SPECIALNOSTI POOLBLAŠČENEGA ZDRAVNIKA _____

PODATKI O BOLEZNI (izvrsk za napotitev) _____

TERAFIJA IN PRILožENI IZVIDI _____

PRIMEK IN IVE ZAVAROVANE OSEBE

**NAROČEN
V SPECIALISTIČNI
AMBULANTI**

DNE _____ OB _____ URI _____

PRI ZDRAVNÍKU

Začetek:  - Obr. NAP001

CETS 00-02-1-95-MS-P

0736004

(izpolni delodajalec)

POTRDILO

Delavec-ka je za _____ ur dela v letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ prejel-a povprečno mesečno bruto plačo in nadomestilo v višini _____ SIT.
Če bi delavec-ka delal-a v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, bi za _____ urno tedensko delovno obveznost, razporejeno na _____ dni in delovno soboto dne _____ prejel-a _____ SIT plače.

žig

Kraj _____ dne _____
(podpis pooblaščenca)

Prijava poškodbe pri delu je evidentirana pri Zavodu pod št. _____

dne _____

(izpolni izpostava RUJP oziroma davčna uprava)

POTRDILO

V letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ je povprečna bruto osnova za obračun prispevka za samostojnega zavezanca znašala _____ SIT.

Zavarovančeva osnova je za odmero prispevka za zdravstveno zavarovanje v koledarskem mesecu pred nastankom zadržanosti od dela

znašala _____ SIT.

Zavezanec je zapadle prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje poravnal
– v celoti
– dolguje znesek _____ SIT.

žig

Kraj _____ dne _____
(podpis pooblaščenca)

ČETIS 62-157-1-96-MPD-P

POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA (naziv izvajalca)	2 - OSEBNI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA (imeno št. št.)
3 - ZAVAROVANA OSEBA (številka zavarovane osebe) (datum roj.) (zavar. podlaga) (enota ZZZS zavarovanja) M - 1 Ž - 2 (ime) (priimek) (ime) (ulica, h. št.) POŠTA KRAJ	4 - DRUŽINSKI ČLAN (priimek) (ime) (datum roj.) 1 - OTROK 2 - ZAKONEC
7 - ZAVEZANEC NAZIV reg. št. štira dejavnosti zap. št. potrdila	5 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD
9 - NAPOTEN NA IK NAPOTEN NA IK DNE POSTOPEK ZAKLJUČEN DA	6 - ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI ZA DIAGNOZO ZA RAZLOG ZA PLAČNIKA DA DA DA
11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO 04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSBILJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA 05 - POŠ. PO TRETIJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA 06 - NEGA PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG	8 - MNENJE ZK ZADRŽAN PO MNENJU ZK ŠT. 1. I. STOPNJE DO 2. II. STOPNJE DO
13 - DIAGNOZA Štira diagnoza zunanj. vzrok poškodbe prvi dan odsotnosti za diagnozo datum spremembe del. časa	10 - ZADRŽANOST OD DELA ZA POLNI DEL. ČAS OD: DO ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD: DO DOLŽAN DELATI UR NA DAN
	12 - INVALIDNOST INVALID. 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.

Kraj _____ DNE _____
(podpis zdravnika)

Zahtev: 62-157-1-96-MPD-P - Obr. BOL/01

ZA STATISTIKO ABSENZITZMA

ČETIS 62-157-1-96-MPD-P

000072015

NAROČILNICA ZA TEHNIČNI PRIPOMOČEK

A 2570259

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		2 - POOBlašČENI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ _____ (imenski žig)	
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj. - MMLLLL) _____ (enota ZZSZ zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____		4 - RAZLOG OBRAVNAVE 1 - BOLEZEN ☐ 2 - POŠKODBA IZVEN DELA ☐ 3 - POKLIČNA BOLEZEN ☐ 4 - POŠKODBA PRI DELU ☐ 5 - POŠ. PO TRETI OSEBI IZVEN DELA ☐ 5 - NAČIN DOPLAČILA 1 - BREZ DOPLAČILA ☐ 2 - ZAVAROVANA OSEBA ☐ 3 - ZAVAROVALNICA ☐	
5 - KONVENCIJA ŠIFRA DRŽAVE _____ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____		7 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____	

ANULIRANO

1. Zavarovani osebi naj se ☐ - izda ☐ - izdela ☐ - izposodi

pripomoček _____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka)

Pripombe: _____

Izposoja do: _____ (datum)

2. S to naročilnico napotujem zavarovano osebo k pooblaščenemu zdravniku
Zavoda zaradi:

Zavarovana oseba že ima pripomoček _____

ki ji je bil izdan dne _____

Kraj _____ dne _____ žig _____ podpis osebnega zdravnika

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		2 - POOBlašČENI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ _____ (imenski žig)	
--	--	--	--

3 - NAPOTNICA ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ IZDAL ZDRAVNIK _____ (ime in priimek)		ZAVAROVANI OSEBI SE: ☐ - izda ☐ - izdela ☐ - izposodi	
--	--	---	--

(naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka) _____

Pripombe: _____

Izposoja do: _____ (datum)

Kraj _____ dne _____ žig _____ podpis zdravnika

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije območna enota _____ izpostava _____ ugotavlja, da je predlog za izdajo pripomočka v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Mnenje zdravniške komisije št. _____ z dne _____		žig _____ _____ (datum) _____ (podpis)	
--	--	--	--

Potrujemo, da izdani pripomoček ustreza zahtevam in je kakovostno izdelan.

Garancija za izdani pripomoček velja do _____

Kraj _____ dne _____ žig _____ dobavitelj

Potrujem prejem pripomočka in izjavljam, da mi je dobavitelj dal navodila o njegovi uporabi ter ravnanju z njim.

Kraj _____ dne _____ podpis prevzemnika

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

Zenična razdalja _____ Vrsta stekel _____
 Vrsta kontaktnih leč _____
 Teleskopska očala – daljava _____
 Teleskopska očala – bližina _____
 Lupa (povečava) _____

OPOMBA: _____

Zavarovana oseba že ima pripomoček _____

ki je bil izdan dne _____

Kraj _____ dne _____ žig _____ podpis zdravnika _____

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
 območna enota _____
 izpostava _____ žig _____
 ugotavlja, da je predlog za izdajo pripomočka v skladu z
 Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
 (datum) _____
 Mneje zdravniške komisije št. _____
 z dne _____ (podpis) _____

Potrjujemo, da izdani pripomoček ustreza zahtevam in je kakovostno izdelan.

Garancija za izdani pripomoček velja do _____

Kraj _____ dne _____ žig _____ dobavitelj _____

Potrjujem prejem pripomočka in izjavljam, da mi je dobavitelj dal navodila o njegovi uporabi ter ravnanju z njim.

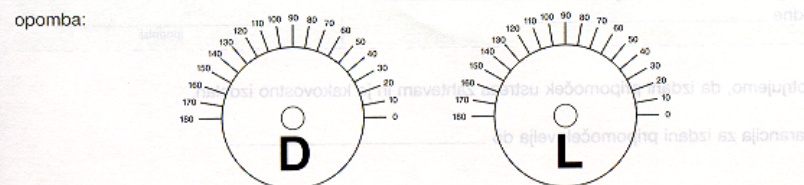
Kraj _____ dne _____ podpis prevzemnika _____

NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)	2 - OSEBNI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ _____ (imenski žig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva) _____ _____ (enota ZZZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ _____ (primok) _____ _____ (ime) _____ M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) _____ POŠTA _____ KRAJ _____	4 - RAZLOG OBRAVNAVE 01 - BOLEZEN ☐ 02 - POŠKODBA IZVEN DELA ☐ 03 - POKLICNA BOLEZEN ☐ 04 - POŠKODBA PRI DELU ☐ 05 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA ☐ 11 - POŠ - AKT. 12 18. ČL. ZNZVZ ☐ 5 - NAČIN DOPLAČILA 1 - BREZ DOPLAČILA ☐ 2 - ZAVAROVANA OSEBA ☐ 3 - ZAVAROVALNICA ☐ 6 - KONVENCIA ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ ŠIFRA DRŽAVE _____ VELJA DO _____

1. Zavarovani osebi naj se ☐ - izda ☐ - izdelata

pripomoček _____ (šifra pripomočka) _____
 _____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka) _____
 _____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka) _____
 _____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka) _____
 _____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka) _____



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

DATUM PREGLEDA	URA PREGLEDA	PORABIL UR	IZVAJALEC

OBRAČUN POTNIH STROŠKOV

I - ZA ZAVAROVANO OSEBO

1. Za prevoz od _____ do _____
in nazaj za _____ voženj skupaj _____ SIT
lastni prispevek _____ SIT
2. Dnevnica za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT
3. Nočitev za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT
za izplačilo skupaj _____ SIT

II - ZA SPREMLJEVALCA

1. Za prevoz od _____ do _____
in nazaj za _____ voženj skupaj _____ SIT
lastni prispevek _____ SIT
2. Dnevnica za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT
3. Nočitev za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT
za izplačilo skupaj _____ SIT

III - ZA IZPLAČILO SKUPAJ POD I IN II _____ SIT

nalog odstopljen v izplačilo -
nakazilo dne

izplačano - nakazano dne

(obračun pripravil)

POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA

0455001

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ (naziv izvajalca) _____		2 - OSEBNI ZDRAVNIK ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ (menski žig) _____	
3 - ZAVAROVANA OSEBA (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (enota ZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (primek) _____ (imje) _____ M - 1 Ž - 2 (tulca) _____ (poštna številka) _____ (kraj) _____		4 - RAZLOG OBRAVNAVE 01 - BOLEZEN ☐ 02 - POŠKODBA IZVEN DELA ☐ 03 - POKLICNA BOLEZEN ☐ 04 - POŠKODBA PRI DELU ☐ 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA ☐ 07 - TRANSPLANTACIJA ☐	
		5 - PODLAGA 1 - 1. TČ. 23. ČLENA ☐ 2 - 2. TČ. 23. ČLENA ☐ 3 - 3. TČ. 23. ČLENA ☐ 4 - NMP ☐ 5 - POZIV ZK ☐	
6 - KONVENCIJA ŠIFRA DRŽAVE _____		7 - VRSTA PREVOZA 1 - JAVNI PREVOZ ☐ 2 - OSEBNI AVTO ☐	
8 - PRAVICA DO SPREMSTVA 1 - DA ☐ 2 - NE ☐		9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO 1 - STAROST OSEBE ☐ 2 - ZDRAVSTVENO STANJE OSEBE ☐	

Najbližji ustrezní izvajalec je v kraju _____

Kraj _____ dne _____ žig _____ podpis zdravnika _____

Zavarovana oseba se je dne _____ javila:

1. v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne _____, skupaj _____ dni
2. v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne _____, skupaj _____ dni
3. na pregled v ambulant / specialistični ambulant ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
4. v ambulantí nujne medicinske pomoči ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
5. na pregled pri ZK _____ stopnje ZZS - OE _____ /
izpostava _____ ob _____ uri in se pri njej mudila _____ ur.

Kraj _____ dne _____ žig _____ inenski žig - podpis zdravnika _____

Založil: **ZZS** - Obrazec PS - 1/01

ponatis prepovedan

CEFS 003033-002/976-0

1. ZZSZ - OBMOČNA ENOTA

ugotavlja, da je Predlog zobnoprostetične rehabilitacije v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96 in 47/97).

Zato ga

potrjuje

žig

(podpis)

Kraj _____ dne _____

2. ZZSZ - OBMOČNA ENOTA

ugotavlja, da Predlog zobnoprostetične rehabilitacije **ni v skladu** s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96 in 47/97).

Zato ga

zavrača

Opombe _____

žig

Kraj _____ dne _____

(podpis)

PREDLOG ZOBNOPROSTETIČNE REHABILITACIJE

0300002

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCA

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI

☐ NAPOTNI

ŠTEVILKA
ZDRAVNIKA

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(število zavarovane osebe)

(datum roj.)

(enota ZZSZ zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(primerek)

(ime)

M - 1 Ž - 2

(ulica)

(poštna številka)

(kraj)

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

5 - RAZLOG OBRAVNAVE

1 - BOLEZEN

2 - POŠKODBA IZVEN DELA

3 - POKLICNA BOLEZEN

4 - POŠKODBA PRI DELU

5 - POŠ. PO TRETJI OS. IZVEN DELA

6 - NAČIN DOPLAČILA

1 - BREZ DOPLAČILA

2 - ZAVAROVANA OSEBA

3 - ZAVAROVALNICA

7 - KONVENCIJA

ŠIFRA DRŽAVE

8 - STANJE ZOBOVJA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

DOSEDANJI NADOMESTKI IZDELANI DNE

OZNAČITI

- ☒ manjkajoči zob;
- ☒ zob v protezi;
- ☐ prevleka na zobu;
- ☒ člen.

9 - SCHEMA NAČRTA

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

PROTEZA Z VLITO
KOVINSKO BAZO

DA

OPOMBA

STORITVE

šifra	količina

KRAJ

DNE

ŽIG

podpis zdravnika

Izdal in založil: **ZZSZ** - Obrazec ZB/01

ponatis prepovedan

CETIS 000022-06/42050-D

REVERZ

Podpisani _____ (ime, priimek, datum rojstva) potrjujem, da sem danes,
dne _____ za zavarovano osebo _____
od _____

1. Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije -

Območna enota _____ izpostava _____

2. Pooblašene pravne osebe _____ (naslovi in naziv)

☐ - prevzel v uporabo ☐ - si izposodil do _____ (datum - DDMMLLLL)

pripomoček _____ šifra _____,

predpisan z naročilnico št. _____ z dne _____.

Seznanjen sem z navodili proizvajalca oziroma izposojevalca o pravilni uporabi pripomočka. V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja bom pripomoček vrnil, če ga ne bom več potreboval, ali bi ta zame postal neuporaben zaradi anatomskih oziroma funkcionalnih sprememb oziroma, ko bo potekel rok izposoje. V primeru, da pripomočka ne bi mogel vrniti sam, ga bo vrnil sorodnik.

_____ (ime in priimek, rojstni datum, naslov)

_____ (žig in podpis izposojevalca)

_____ (prevzemnik)

POTRDILO

_____ (naziv izposojevalca)

potrjujemo, da je _____ (ime in priimek) danes, dne _____

vrnil pripomoček _____ šifra _____,

ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi _____

na podlagi naročilnice št. _____ z dne _____.

_____ (podpis prejemnika)

DIAGNOZA:

šifra: _____

ANAMNEZA – STATUS – DOSEDANJA TERAPIJA

OPOMBE – PREDLOGI:

Namestitev na negovalni oddelek: ☐ da ☐ ne

Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____, dne _____ žig _____
podpis zdravnika

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:

V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim področjem napoten v zdravilišče:

Kraj _____, dne _____
podpis zavarovane osebe

PREDLOG ZDRAVNIŠKI KOMISIJI

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____
☐ NAPOTNI

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(število zavarovane osebe)

(datum roj.)

(emota ZZZS zavarovanja / reg. št.)

(zavar. podlaga)

(primak)

(ime)

M - 1 Ž - 2

(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 _____

število zavezanecov

reg. štev.

šifra dejavnosti

7 - DRUŽINSKI ČLAN

(primerek)

(ime)

(datum roj.)

1 - OTROK 2 - ZAKONEC

8 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA

02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA

03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMISTVO

04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA

05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTI IZ 18. ČL. ZAKONA

06 - NEGA

PRIVI 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 ☐ DO _____

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 ZAVLJUCEN

DA

14 - INVALIDNOST

INVALID

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

15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

OD DNE _____ PREDVIDENO DO DNE _____

[illegible]

Zdravniška komisija I. stopnje ZZZS, Območna enota
v skladu s 159. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, predlaga za izvajanje
ambulantne fizioterapije v zdravilišču – bolnišnici.

CETIS 003294-99:6:056-M5

0550033

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK ☐ OSEBNI ☐ NAPOTNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ ☐ NMP (imenski žig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva) _____ (enota ZZZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) (ime) M - 1 Ž - 2 (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____	4 - NAPOTNICA ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ 5 - VELJAVNOST NALOGA 1 - ENKRATNO 2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV 6 - VRSTA STORITVE 1 - FIZIOTERAPIJA 2 - DELOVNA TERAPIJA 3 - NEGA NA DOMU 4 - STORITVE PSIHologa, LOGOPEDA, SPEC. PEDAGOGA 5 - RENTGENSKO SLIKANJE
7 - RAZLOG OBRAVNAVE 01 - BOLEZEN 02 - POŠKODBA (IZVEN DELA) 03 - POKLICNA BOLEZEN 04 - POŠKODBA PRI DELU 05 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI 07 - TRANSPLANTACIJA	8 - KONVENCIJA 1 - BREZ DOPLAČILA 2 - ZAVAROVANA OSEBA 3 - ZAVAROVALNICA 10 - KONVENCIJA ŠIFRA DRŽAVE _____
	9 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJAVO DO _____

Napoten k izvajalcu _____
(naziv in naslov)

Podatki o bolezni (vzrok za napotitev)

Za opisano stanje se FTH opravlja prvič v letu: ☐ DA ☒ NE

Založit: 2225 - Obr. DN/V01

CETIS 000294-00-01106-MH