

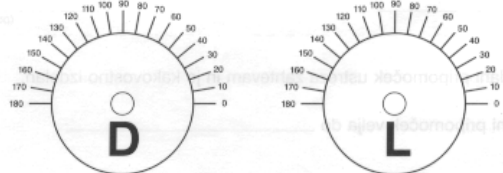
NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID

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 ZZSZ zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (primek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) POŠTA _____ KRAJ _____		4 - RAZLOG OBRAVNAVE 01 - BOLEZEN ☐ 02 - POŠKOBA IZVEN DELA ☐ 03 - POKLICNA BOLEZEN ☐ 04 - POŠKOBA PRI DELU ☐ 05 - PDŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA ☐ 11 - PDŠ. - AKT. IZ 18. ČL. ZNZ ☐ 5 - NAČIN DOPLAČILA 1 - BREZ DOPLAČILA ☐ 2 - ZAVAROVANA OSEBA ☐ 3 - ZAVAROVALNICA ☐	
6 - KONVENCIJA ŠIFRA DRŽAVE _____		7 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____	

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

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

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 - 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 _____ žig _____
 izpostava _____
 ugotavlja, da je predlog za izdajo pripomočka v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.
 _____ (datum)

Mnenje 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 _____