

PREDLOG ZDRAVNIŠKI KOMISIJI

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 ZZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlega) _____

(priimek) _____

(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 _____ Številko zavarovalnice _____

reg. št. _____ šifra dejavnosti _____

7 - DRUŽINSKI ČLAN

(priimek) _____

(ime) _____ (datum roj.) _____

1 - OTROK 2 - ZAKONEC ☐

8 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA

02 - POŠKOBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA ☐

03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO

04 - POŠKOBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA

05 - POŠKOBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKOBA NASTALA PRI AKTIVNOSTI IZ 18. ČL. 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 ☐ 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 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:

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