

NAROČILNICA ZA MEDICINSKO TEHNIČNI PRIPOMOČEK

A

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

_____ (naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

1 - OSEBNI _____
2 - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika)
3 - NAPOTNI _____

_____ (imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj. - MMLLLL)

_____ (enota ZZS zavarovanja, reg. št.) _____ (zavar. podlaga)

_____ (priimek)

_____ (ime) **M - 1 Ž - 2**

_____ (ulica)

POŠTA _____ KRAJ _____

4 - RAZLOG OBRAVNAVE

1 - BOLEZEN _____
2 - POŠKODBA IZVEN DELA _____
3 - POKLICNA BOLEZEN _____
4 - POŠKODBA PRI DELU _____
5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA _____

5 - NAČIN DOPLAČILA

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

6 - TUJI ZAVAROVANEC

ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____
ŠIFRA ZAVAROVANJA _____
ŠT. POLICE _____
VELJA DO _____

ŠIFRA DRŽAVE _____

8 - PRIDOBLENI PODATKI

3 - KZZ SE NE DA PREBRATI _____
4 - SST NE DELA _____
5 - NMP _____
6 - DOJENČEK NIMA KZZ _____

9 - 78.a ČLEN

1 - NUJNO _____

10 - ODLOČBA

ODLOČBA ŠT. _____ DNE _____

1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____
2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____

11. Zavarovani osebi naj se - izda - izdela - izposodi - servisira

pripomoček _____ (naziv vrste) _____ (šifra vrste)

_____ (naziv vrste) _____ (šifra vrste)

_____ (naziv vrste) _____ (šifra vrste)

Pripombe: _____

Izposoja do: _____ (datum)

- količina _____ - obdobje _____

Kraj _____ dne _____ žig _____
_____ podpis zdravnika

12 - SERVIS

01 - VZDRŽEVANJE _____
02 - POPRAVILO, ZAMENJAVA DELOV _____

Zavarovana oseba je pripomoček prejela dne _____

Serviser zagotavlja, da bo pripomoček po popravilu in zamenjavi delov uporaben še _____ mesecev.

Specificiran predačun je priloga k naročilnici.

Kraj _____ dne _____ žig _____
_____ (dobavitelj)

Zavod odobri servis do zneska _____ SIT.

Kraj _____ dne _____ žig _____
_____ (Zavod)

Serviser je opravil

- vzdrževanje, ki obsega _____

- popravilo z zamenjavo delov, ki obsega: _____

Garancija za zamenjane dele je _____ mesecev.
(s številko in z besedo)

Garancija za izdani pripomoček velja do _____.

Kraj _____ dne _____ žig _____
_____ (za dobavitelja)

Potrujem prejem pripomočka.

Kraj _____ dne _____
_____ (podpis zavarovane osebe)