## POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA

**123456789**

**1 - IZVAJALEC**

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____

(naziv izvajalca)

**2 - ZDRAVNIK**

1. - OSEBNI
2. - NADOMESTNI
3. - NAPOTNI

(številka zdravnika)

(imenski žig)

**3 - ZAVAROVANA OSEBA**

(številka zavarovane osebe) (datum roj.)

(enota ZZZS zavarovanja/reg. št.) (zavar. podlaga)

(priimek)

(ime) M - 1 Ž - 2

(ulica)

(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. 1. ODST. 23. ČL.
2 - 2.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
3 - 3.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
4 - NMP
5 - POZIV IMENOVANEGA ZDRAVNIKA OZ. ZDRAVSTVENE KOMISIJE

**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 ustrezni 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 ambulanti / specialistični ambulanti ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
4. v ambulanti nujne medicinske pomoči ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
5. na pregled pri
   1. imenovanem zdravniku ZZZS - OE _____ izpostava _____
   2. zdravstveni komisiji ZZZS _____

   ob _____ uri in se pri njej mudila _____ ur.

Kraj _____ dne _____ žig _____
imenski žig - podpis zdravnika

Založil: ZZZS – Obrazec PS – 1/03 Ponatis prepovedan CETIS 018796-04/11932

Pregledi

| DATUM PREGLEDA | URA PREGLEDA | PORABIL UR | IZVAJALEC |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |