

123456789

## PREDLOG ZOBNOPROTETIČNE REHABILITACIJE

<b>1 - IZVAJALEC</b> ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)	<b>2 - ZOBOZDRAVNIK</b> <input type="checkbox"/> OSEBNI <input type="checkbox"/> NAPOTNI ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA _____ _____ (imenski žig)																																
<b>3 - ZAVAROVANA OSEBA</b> _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (enota ZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) M - 1 Ž - 2 _____ (ulica) _____ (poštna številka) _____ (kraj)	<b>4 - NAPOTNICA</b> ŠTEVILKA NAPOTNICE _____ ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____																																
<b>10 - IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE</b> Soglašam s predlagano zobnoprotetično rehabilitacijo, ki je na priloženem delovnem nalogu. Seznanjen(a) sem tudi z drugimi možnimi rešitvami in z okvirno ceno doplačila za predlagano rešitev, ki je _____. Hkrati potrjujem, da sem seznanjen(a), da izvajalec garantira za izdelek 1 leto in da nimam pravice do enakega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pred iztekom trajnostne dobe, ki je _____ let. _____ (kraj) _____ (datum) _____ (podpis zavarovane osebe)	<b>5 - RAZLOG OBRAVNAVE</b> 01 - BOLEZEN <input type="checkbox"/> 02 - POŠKODBA IZVEN DELA <input type="checkbox"/> 03 - POKLICNA BOLEZEN <input type="checkbox"/> 04 - POŠKODBA PRI DELU <input type="checkbox"/> 05 - POŠ. PO TRETJI OS. IZVEN DELA <input type="checkbox"/> <b>6 - TUJI ZAVAROVANEC</b> _____ (šifra države) <b>OZNAČITI</b> <input checked="" type="checkbox"/> manjkajoči zob <input type="checkbox"/> prevleka na zobu <input checked="" type="checkbox"/> zob v protezi <input checked="" type="checkbox"/> člen <b>7 - STANJE ZOBOVJA</b> <table border="1"> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	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
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																		
<b>11 - POTRDITEV ZZS</b> ZZS - območna enota _____ <input type="checkbox"/> ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga <b>potrjuje</b> . <input type="checkbox"/> ugotavlja, da Predlog zobnoprotetične rehabilitacije <b>ni v skladu</b> s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga <b>zavrača</b> . <input type="checkbox"/> ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije pomanjkljivo izpolnjen, zato ga <b>vrača zobozdravniku v dopolnitev</b> . _____ (kraj) _____ (datum) _____ (žig) _____ (podpis)	<b>8 - DOSEDANJI NADOMESTKI IZDELANI DNE</b> _____ _____ _____ <b>9 - RAZLOG DOPLAČILA</b> 1 - ZAVAROVANA OSEBA NI PROSTOVOLJNO DOPOLNILNO ZAVAROVANA <input type="checkbox"/> 2 - ZAVAROVANA OSEBA UVELJAVLJA NADSTANDARDNO STORITEV ALI MATERIAL 3 - ZAVAROVANA OSEBA ŽELI TUDI SAMOPLAČNIŠKO STORITEV 4 - DRUGO _____																																