DELOVNI NALOG

3718801

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI ☐ NAPOTNI

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____ ☐ NMP

(mersko bg)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe) (datum rojstva)

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

(priimek)

(ime) M - 1 Ž - 2

(ulica)

POŠTA _____ KRAJ _____

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

5 - VELJAVNOST NALOGA

1 - ENKRATNO

2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV ☐

6 – VRSTA STORITVE

1 - FIZIOTERAPIJA

2 - DELOVNA TERAPIJA

3 - NEGA NA DOMU

4 - STORITVE PSIHOLOGA, LOGOPEDA, SPEC. PEDAGOGA...

5 - RENTGENSKO SLIKANJE

☐

7 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN

02 - POŠKODBA IZVEN DELA

03 - POKLICNA BOLEZEN

04 - POŠKODBA PRI DELU

06 - POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI

07 - TRANSPLANTACIJA

☐

8 - NAČIN DOPLAČILA

1 – BREZ DOPLAČILA

2 – ZAVAROVANA OSEBA

3 – ZAVAROVALNICA

☐

9 - PZZ

ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____

ŠIFRA ZAVAROVANJA _____

ŠT. POLICE _____

VELJA DO _____

10 - KONVENCIJA

_____

ŠIFRA DRŽAVE

Napoten k izvajalcu _____
(naziv in naslov)

Podatki o bolezni (vzrok za napotitev) _____

Za opisano stanje se FTH opravlja prvič v letu: ☐ DA ☐ NE

OBRNI

Zaščita – Obr. DN/01 PONATIS PREPOVEDANI CETIS-

NAROČENE STORITVE

Zap. št.	Opis	Število

Kraj _____ dne _____ žig _____
(podpis zdravnika)

Zdravniška komisija I. stopnje ZZZS, Območna enota _____, v skladu s 159. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, predlaga za izvajanje ambulantne fizioterapije v zdravilišču – bolnišnici.

☐ POTRJUJE ☐ ZAVRAČA

☐ v celoti

☐ za storitve

pod zap. št. _____ v količini _____

pod zap. št. _____ v količini _____

pod zap. št. _____ v količini _____

Mnenje št. _____ dne _____

žig _____
(predsednik senata)

CETIS-