PREDLOG ZOBNOPROTETIČNE REHABILITACIJE

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ **ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI** _____

_____
(naziv izvajalca)

2 - ZOBOZDRAVNIK

☐ OSEBNI **ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA** _____

☐ NAPOTNI

_____
(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 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

5 - IZDELOVALEC NADOMESTKA

_____ (šifra laboratorija) _____ (naziv laboratorija)

_____ (številka izdelovalca) _____ (ime izdelovalca nadomestka)

6 - RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN
02 - POŠKODBA IZVEN DELA
03 - POKLICNA BOLEZEN
04 - POŠKODBA PRI DELU
05 - POŠ. PO TRETJI OS. IZVEN DELA

☐

7 - TUJI ZAVAROVANEC

_____ (šifra države)

8 - SHEMA STANJA ZOBOVJA IN NAČRT REHABILITACIJE

načrt																
stanje	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
stanje	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
načrt																

OZNAČITI ╳ manjkajoči zob ⊗ zob v protezi

☐ prevleka na zobu ☒ člen S samoplačniška storitev

9 - DOSEDANJI NADOMESTKI IZDELANI DNE

_____

_____

_____

_____

10 - NAROČILO STORITEV

storitev	količina	šifra	material	posebnost

Izjavljam, da bom v dogovoru z zobnoprotetičnim laboratorijem zagotovil skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami iz Pravilnika o medicinskih pripomočkih (Ur. l. RS, št. 71/03) in za to prevzemam tudi vso odgovornost.

_____ (kraj) _____ datum (žig) _____ (podpis zobozdravnika)

11 - PREDRAČUN IN RAZLOG DOPLAČILA

☐ - obvezno zdravstveno zavarovanje _____ SIT

- doplačilo po 23. čl. ZZVZZ

☐ a) prostovoljno zdr. zavar. _____ SIT

☐ b) oseba sama _____ SIT

☐ - plačilo nadstand. materiala _____ SIT

☐ - plačilo storitev, ki niso pravica iz obveznega zdr. zavarovanja _____ SIT

SKUPAJ _____ SIT

12 - IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE

Soglašam s predlogom zobnoprotetične rehabilitacije, pri čemer sem bil(a) seznanjen(a) tudi z drugimi možnostmi. Seznanjen(a) sem z zneskom kritja za opravljene storitve iz zdravstvenega zavarovanja ter z doplačili in plačili, ki mi jih zavarovanje ne krije. Plačila in doplačila bom poravnal(a) v rokih, ki bodo opredeljeni na izstavljenem računu.

Hkrati potrjujem, da sem seznanjen(a), da izvajalec jamči za izdelek 1 leto in da nimam pravice do enakega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pred iztekom trajnostne dobe, ki je za prevleke _____ let, za mostiček _____ let, za delno akrilatno protezo _____ let, za delno protezo s kovinsko bazo _____ let in za totalno protezo _____ let.

_____ (kraj) _____ (datum) _____ (podpis zavarovane osebe)

Izdal in založil: ZZZS – Obrazec ZB/03 ponatis prepovedan CETIS 018797-05/00907

13 - POTRDITEV ZZZS

ZZZS - območna enota _____

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **potrjuje.**

☐ ugotavlja, da Predlog zobnoprotetične rehabilitacije **ni v skladu** s _____ členom, _____ alineo Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato ga **zavrača.**

☐ ugotavlja, da je Predlog zobnoprotetične rehabilitacije pomanjkljivo izpolnjen, zato ga **vrača zobozdravniku v dopolnitev. Prosimo dopolnite** _____ .

_____	_____	(žig)	_____
(kraj)	(datum)		(podpis)

DELOVNI NALOG ZA ZOBNOPROTETIČNE STORITVE

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ **ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI** _____

_____
(naziv izvajalca)

2 - ZOBOZDRAVNIK

☐ OSEBNI **ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA** _____

☐ NAPOTNI

_____
(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (starost)

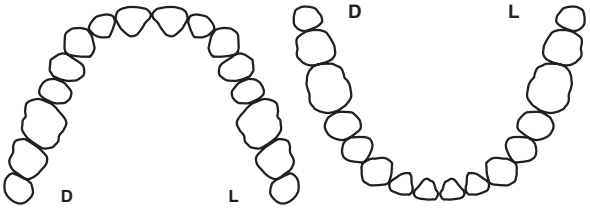
_____ (ime zavarovane osebe - brez priimka) M - 1 Ž - 2

4 - IZDELOVALEC NADOMESTKA

_____ (šifra laboratorija) _____ (naziv laboratorija)

_____ (številka izdelovalca) _____ (ime izdelovalca nadomestka)

5 - NAČRT



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

OZNAČITI ╳ manjkajoči zob ⊗ zob v protezi

☐ prevleka na zobu ☒ člen

BARVA

OBLIKA ☐ ○ △

datum začetka: _____

_____
podpis zobozdravnika

7 - NAROČILO POSAMEZNIH DEL

količina	storitev	naročam naslednja dela	material	datum	ura

Izpolni laboratorij

ZLITINA

MATERIAL

MATERIAL

Medicinski pripomoček je narejen po naročilu za zgoraj navedeno zavarovano osebo. Izjavljam in prevzemam vso odgovornost za skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami Pravilnika o medicinskih pripomočkih (Ur. l. RS št. 71/03).

_____ (kraj) _____ (datum) (žig) _____ (podpis tehnika)

datum	ZT	kol.	šif. stor.	opis storitev	
			13020	štud. mod. v plastičnih kalupih - zg. in sp.	
			52331	inlay na eni ploskvi	
			52332	overlay	
			52333	nazidek - direktna metoda	
			52334	gred	
			52335	jahač	
			52336	polnokov. prevl. z intrakoronarnim sidranjem	
			52341	akrilna prevleka	
			52342	delna prevleka ali inlay na 2-3 ploskvah	
			52343	fasetirana prevleka	
			52344	konusna ali teleskop. prevleka (zun. in notr.)	
			52345	polnokovinska prevleka	
			52346	richmond kapica	
			52347	polnokovinski člen	
			52348	fasetirani člen	
			52386	vgraditev polzila ali sklepa	
			93003	totalna proteza (tudi začasna)	
			93004	del. prot. z bazo do 10 elem. (tudi začasna)	
			93005	zahtevna delna proteza z več kot 10 elem.	
			93006	delna proteza z ulito kovinsko bazo	
				UKB	
				postavit. zob in zgot. proteze z UKB	
			93007	zahtevna delna proteza z ulito kov. bazo	
				zahtevna UKB	
				postavit. zob in zgot. prot. z zahtevno UKB	
			93008	totalna proteza z mukodinamičnim odtisom	
			93014	podložitev proteze po indirektni metodi	
			93015	rezkanje prevl. tel., kon. ali gredi (po enoti)	
			93080	reparatura proteze z 1 elementom	
			93081	reparatura proteze z 2 ali več elementi	
			93091	individualna akrilatna odtisna žlica	
			93092	grizna šablona pri fiksni protetiki	