

NAROČILNICA

Številka: _____

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 _____

7 - PZZ

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

6 - TUJI ZAVAROVANEC

ŠIFRA DRŽAVE _____

8 - ODLOČBA

ODLOČBA ŠT. _____ DNE _____
1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____
2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____

9 - 78.a ČLEN

1 - NUJNO _____

10. Zavarovani osebi naj se _____ – izda _____ – izdela _____ – izposodi _____ – servisira
pripomoček

(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)
(naziv vrste)	(šifra vrste)	(količina)	(obdobje)

Pripombe: _____

Izposoja do: _____
(datum)

Kraj _____ dne _____ žig _____
podpis zdravnika

11 - 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 predračun je priloga k naročilnici.

Kraj _____ dne _____ žig _____
(dobavitelj)

Zavod odobri servis do zneska _____ EUR.

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)

Potrjujem prejem pripomočka.

Kraj _____ dne _____
(podpis zavarovane osebe)