

NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID

Številka: _____ **B**

1 - IZVAJALEC
ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

(številka zdravnika)

(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.)

(enota ZZS zavarovanja/reg. št.) _____ (zavar. podlaga)

(prilimek)

(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 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA
11 - POŠ - AKT. IZ 18. ČL. ZVZZ

5 - NAČIN DOPLAČILA
☐
1 - BREZ DOPLAČILA
2 - ZAVAROVANA OSEBA
3 - ZAVAROVALNICA

6 - TUJI ZAVAROVANEC
ŠIFRA DRŽAVE _____

7 - PZZ
ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____
ŠIFRA ZAVAROVANJA _____
ŠT. POLICE _____
VELJA DO _____

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

1. Zavarovani osebi naj se ☐ - izda ☐ - izdela

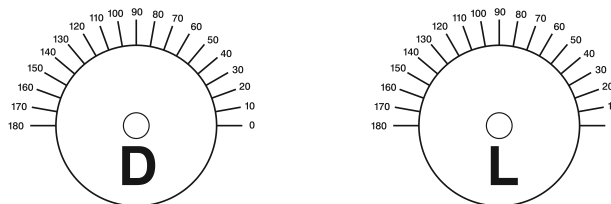
pripomoček _____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka)

_____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka)

_____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka)

_____ (naziv pripomočka) _____ (šifra pripomočka)

opomba:



Uporaba		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
Za daljavo	D.o.					
	L.o.					
Za bližino	D.o.					
	L.o.					

Leče		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Diam.	Basis curve
	D.o.						
	L.o.						

Zenična razdalja _____ Vrsta stekel _____

Vrsta kontaktnih leč _____

Teleskopska očala – daljavo _____

Teleskopska očala – bližina _____

Lupa (povečava) _____

OPOMBA: _____

Zavarovana oseba že ima pripomoček _____

ki je bil izdan dne _____ .

Kraj _____ dne _____ žig _____
 podpis zdravnika

Garancija za izdani pripomoček velja do _____ .

Kraj _____ dne _____ žig _____
 dobavitelj

Potrjujem prejem pripomočka.

Kraj _____ dne _____
 podpis prevzemnika