

**POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH
STROŠKOV - SPREMSTVA**

123456789

1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ (naziv izvajalca)	2 - ZDRAVNIK 1. - OSEBNI ☐ 2. - NADOMESTNI ☐ 3. - NAPOTNI ☐ (številka zdravnika) (imenski žig)
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (enota ZZS zavarovanja/reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (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 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 07 - TRANSPLANTACIJA 5 - PODLAGA 1 - 1.TČ. 1. ODS. 23. ČL. 2 - 2.TČ. 1. ODS. 23. ČL. 3 - 3.TČ. 1. ODS. 23. ČL. 4 - NMP ☐ 5 - POZIV IMENO- VANEGA ZDRAVNIKA OZ. ZDRAVSTVENE KOMISIJE 6 - TUJI ZAVA- ROVANEK _____ ŠIFRA DRŽAVE 7 - VRSTA PREVOZA 1 - JAVNI PREVOZ ☐ 2 - OSEBNI AVTO ☐ 8 - PRAVICA DO SPREMSTVA 1 - DA ☐ 2 - NE ☐ 9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO 1 - STAROST OSEBE ☐ 2 - ZDRAVSTVENO STANJE OSEBE ☐

Najbližji ustrezeni izvajalec je v kraju _____

Kraj _____ dne _____ žig _____
podpis zdravnika

Zavarovana oseba se je dne _____ javila:

1. v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne _____, skupaj _____ dni
2. v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne _____, skupaj _____ dni
3. na pregled v ambulanti / specialistični ambulanti ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
4. v ambulanti nujne medicinske pomoči ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
5. na pregled pri
1. imenovanem zdravniku ZZS - OE _____ izpostava _____
2. zdravstveni komisiji ZZS _____
ob _____ uri in se pri njej mudila _____ ur.

Kraj _____ dne _____ žig _____
imenski žig - podpis zdravnika

Pregledi

[illegible]