

PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU

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.)

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

(priimek)

(ime) M - 1 Ž - 2

(ulica)

(poštna številka) _____ (kraj)

4 - POKLIC

DELO, KI GA ZAVAROVANEC
OPRAVLJA (POKLIC)

5 - ODLOČITEV

- 1 - O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO
2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE
3 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE
BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA
4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE
BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA
5 - O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKO-TEHNIČNIH
PRIPOMOČKOV
6 - O UPRAVIČENOSTI ZAHTEVE PO MEDICINSKO-TEHNIČNEM
PRIPOMOČKU PRED IZTEKOM TRAJNOSTNE DOBE

6 - ZAVEZANEC

NAZIV _____

reg. št. _____ šifra dejavnosti _____
število zavezancev

7 - DRUŽINSKI ČLAN

(priimek)

(ime) _____ (datum roj.)
1 - OTROK 2 - ZAKONEC _____

8 - RAZLOG OBRAVNAVE

- 01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA
02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA
03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO
04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - USPOSABLJANJE ZA
REHABILITACIJO OTROKA
05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI
AKTIVNOSTI IZ 18. ČL. ZAKONA
06 - NEGA
PRVI DAN
ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____

9 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD _____

11 - ODLOČBA

ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT.: _____
1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____
2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____ DO _____

12 - ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI
DELOVNI
ČAS OD: _____ DO: _____
ZA KRAJŠI
DELOVNI
ČAS OD: _____ DO: _____
DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN
OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN

13 - NAPOTEN NA IK

NAPOTEN DNE _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN
DA

14 - INVALIDNOST

INVALID _____
1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.

15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

OD DNE _____ PREDVIDENO DO DNE _____

DIAGNOZA:

Šifra: _____

Začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni oziroma poškodbe izven dela
od _____ do _____ (recidiv)

Nadomestilo za 120 delovnih dni po 3. odst. 137. čl. zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS,
št. 42/02) je bilo izplačano v breme delodajalca do _____

**ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA
UTEMELJITEV PREDLOGA IZ RUBRIKE 5 (točki 5 in 6)**

OPOMBE - PREDLOGI:

Namestitev na negovalni oddelek: ☐ da ☐ ne

Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____, dne _____ žig _____
podpis zdravnika

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:

V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim
področjem napoten v zdravilišče:

Kraj _____, dne _____
podpis zavarovane osebe