

NAPOTNICA

1 - IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

(naziv izvajalca)

2 - ZDRAVNIK

☐ OSEBNI ☐ NMP _____ številka zdravnika
☐ NADOMESTNI ☐ NAPOTNI _____
(imenski žig)

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)

(poštna številka) _____ (kraj)

(telefonska številka*)

(e-pošta*)

* - kontaktna podatka o telefonski številki in elektronskem naslovu nista obvezna

8 - STOPNJA NUJNOSTI

1. NUJNO ☐
2. HITRO ☐
3. REDNO ☐

9 - PREDNOSTNI KRITERIJI

1. NOSEČNOST ☐
2. DOJENJE ☐
3. PREPREČITEV NASTANKA POTREB PO DODATNIH ZDRAVSTVENIH STORITVAH
4. OCENA NEZMOŽNOSTI ZA DELO ☐

4 - NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

5 - VELJAVNOST

1 - ENKRATNO ☐
2 - ZA OBDOBJE _____ MESECEV ☐

6 - OBSEG POOBLASTILA

1. PREGLED IN MNENJE ☐
2. ZDRAVLJENJE OSNOVNE BOLEZNI / POŠKODBE IN NJENIH POSLEDIC
3. NAPOTITEV NA ZDRAVLJENJE K DRUGIM SPECIALISTOM IN V BOLNIŠNICO

7 - RAZLOG OBRAVNAVE

01. BOLEZEN ☐
02. POŠKODBA IZVEN DELA
03. POKLICNA BOLEZEN
04. POŠKODBA PRI DELU
05. POŠKODBA IZVEN DELA PO TRETJI OSEBI
07. TRANSPLANTACIJA

10 - TUJI ZAVAROVANEC

ŠIFRA DRŽAVE _____

11 - RDP

šifra _____ opis _____

12 - MKB

šifra _____ opis _____

VRSTA SPECIALNOSTI
NAPOTNEGA ZDRAVNIKA _____



KRAJ _____ DNE _____ ŽIG _____
(podpis zdravnika)

OBRNI

PRIIMEK IN IME ZAVAROVANE OSEBE

NAROČEN V SPECIALISTIČNI AMBULANTI _____

DNE _____ OB _____ URI PRI ZDRAVNIKU _____

1. Kratka opredelitev problema in specifično vprašanje:

2. Aktivni zdravstveni problemi:

3. Ključne najdbe pri kliničnem pregledu:

4. Ključni nenormalni laboratorijski izvidi:

5. Opravljene diagnostične preiskave pred napotitvijo:

6. Potek dosedanjega zdravljenja: