

NAROČILNICA

ZA PRIPOMOČEK ZA IZBOLJŠANJE VIDA

Številka: _____

B

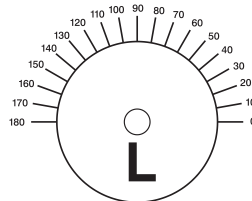
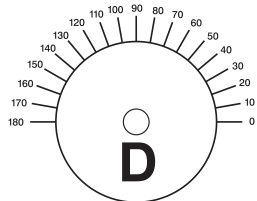
1 - IZVAJALEC ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____ _____ (naziv izvajalca)		2 - ZDRAVNIK _____ (številka zdravnika) _____ (ime in priimek, poklicna kvalifikacija)	
3 - ZAVAROVANA OSEBA _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva) _____ (priimek) _____ (ime) _____ (ulica, hišna številka) _____ (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. ZZZVZ	
		5 - NAČIN DOPLAČILA 1 - BREZ DOPLAČILA ☐ 2 - ZAVAROVANA OSEBA 3 - ZAVAROVALNICA	
8 - ODLOČBA 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA ☐ ODLOČBA ŠT. _____ 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE ☐ DNE _____		6 - TUJI ZAVAROVANEC ŠIFRA DRŽAVE _____ 7 - PZZ ŠIFRA ZAVAROVALNICE _____ ŠIFRA ZAVAROVANJA _____ ŠT. POLICE _____ VELJA DO _____	
		9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA _____ (e-poštni naslov zdravnika) _____ (telefonska številka) _____ (naslov)	

Zavarovani osebi naj se ☐ – izda ☐ – izdela

Pripomoček/ke se lahko izda od _____ dalje.

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 – daljava _____

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