

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. ODST. 23. ČL. 2 - 2.TČ. 1. ODST. 23. ČL. 3 - 3.TČ. 1. ODST. 23. ČL. 4 - NMP 5 - POZIV IMENOVANEGA ZDRAVNIKA OZ. ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____ 6 - TUJI ZAVAROVANEC 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]