

MESEČNA ZBIRNA NAROČILNICA št.....

Številka

Obr. NAR-3/03

2-SOCIALNI ALI DRUG ZAVOD

.....

 (naziv in naslov socialnega ali drugega zavoda)

1-OBDOBJE

ZA obdobje oddo.....

3-ZZZS ENOTA

ZZZS OBMOČNA ENOTA:

ZZZS Izpostava:

Šifra izpostave:.....

4-ZAVAROVALNICA ZA DOPLAČILA

PZZ zavarovalnica (ustrezno označi):

02- Adriatic

03- Vzajemna

04- Triglav

06-ZZZS-proračun RS

5-NAROČILO

Nepropustne hlačke

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Predloge za srednjo inkontinenco

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Predloge, plenice in posteljne predloge za težko inkontinenco

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Plenice in posteljne predloge za zelo težko inkontinenco

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Plenice za otroke

Št.	Priimek in ime	roj.datum	ZZZS št.	razlog obr.	nač.dopl.	šifra vrste prip.	naziv vrste pripomočka	št.kosov
1								
2								
3								

Šifra zdr. dejavnosti:

Št. izvajalca:

Datum:

Šifra zdravnika:

Podpis zdravnika:

Žig zdravnika:

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za naročanje:

6-PREZEM

Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za prevzem naročene količine:

Datum prevzema: