

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*)

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

*- obvezen je vsaj en kontaktni podatek

8 - STOPNJA NUJNOSTI

1. NUJNO
 2. HITRO
 3. REDNO
 4. ZELO HITRO

9 - TUJI ZAVAROVANEC

_____ šifra države

10 - VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE

šifra _____ vrsta zdravstvene storitve _____

11 - RDP (radiološki diagnostični postopek)

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: |
