

**DELOVNI NALOG****1 – IZVAJALEC**ŠTEVILKA  
IZVAJALCAŠIFRA ZDR.  
DEJAVNOSTI

(naziv izvajalca)

**2 – ZDRAVNIK** OSEBNI NAPOTNIŠTEVILKA  
ZDRAVNIKA NMP NADOMESTNI

(imenski žig)

**3 – ZAVAROVANA OSEBA**

(številka zavarovane osebe)

(datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)

(poštna številka)

(kraj)

(telefonska številka\*)

(e-pošta\*)

\*- obvezen je vsaj en kontaktni podatek

**8 – STOPNJA NUJNOSTI**

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

**9 – TUJI ZAVAROVANEC**

(šifra države)

**4 – NAPOTNICA**

ŠTEVILKA NAPOTNICE

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

**5 – VELJAVNOST NALOGA**1 - ENKRATNO 

2 - ZA OBDOBJE

MESECEV

**6 – VRSTA STORITVE**

1. DELOVNA TERAPIJA
2. NEGA NA DOMU
3. STORITVE PSIHologa,  
LOGOPEDA, DEFekTOLOGA
4. RENTGENSKO SLIKANJE
5. LABORATORIJSKE IN DRUGE STORITVE
6. FARMACEVTSKO SVETOVANJE

**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

Napoten k izvajalcu

(naziv in naslov)

Podatki o bolezni (vzrok za napotitev)

OBRNI

