

NAROČILNICA številka: **A**

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

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)

4 – RAZLOG OBRAVNAVE

- 1 - BOLEZEN
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 - POKLICNA BOLEZEN
- 4 - POŠKODBA PRI DELU
- 5 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

5 – NAČIN DOPLAČILA

- 1 - BREZ DOPLAČILA
- 2 - ZAVAROVANA OSEBA
- 3 - ZAVAROVALNICA

6 – TUJI ZAVAROVANEC

(šifra države)

7 – PZZ

PZZ ZAVAROVALNICA / ŠTEVILKA POLICE

ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJA DO

8 – ODLOČBA

1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA ODLOČBA ŠT.

2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE DNE

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka) (naslov)

10 – 78.a ČLEN ZZZZZ

1 - NUJNO ZDRAVLJENJE ☐

11 – VELJAVNOST NAROČILNICE

1 - ENKRATNA ☐

2 - OBNOVLJIVA ☐

12 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 - IZDA ☐

2 - IZDA FUNKCIONALNO USTREZEN ☐

3 - PRILAGODI ☐

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(količina)

(obdobje)

Datum možnega prejema od dalje.

Opomba:

Izposoja do (datum). Zavarovana oseba je medicinski pripomoček, ki je predmet prilagoditve, prejela dne .

Kraj dne žig podpis zdravnika

Naročilnico predložite specializirani prodajalni ali lekarni najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZZS, sicer ne velja več.

ZZZS odobri prilagoditev medicinskega pripomočka

v znesku [] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj []

dne []

žig []

podpis ZZZS

ZZZS odobri funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček

v znesku [] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj []

dne []

žig []

podpis ZZZS

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do [].

Naročilnica je predložena dobavitelju dne [].

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj []

dne []

žig []

podpis dobavitelja

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj []

dne []

podpis zavarovane osebe