

Številka _____

REVERZ ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

Podpisani _____
(ime, priimek, datum rojstva)
 dne _____, za zavarovano osebo _____

_____ (ZZZS številka)
 od pooblaščenih pravnih oseb _____
(naslov in naziv)

izposodil medicinski pripomoček:

_____ (naziv)	_____ (šifra)	_____ (izposoja do dne)
_____ (naziv)	_____ (šifra)	_____ (izposoja do dne)
_____ (naziv)	_____ (šifra)	_____ (izposoja do dne)

predpisan(i) z naročilnico št. _____ z dne _____.

Seznanjen sem z navodili proizvajalca in izposojevalnice o pravilni uporabi medicinskega pripomočka. V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja bom medicinski pripomoček vrnil:

1. ko bo iztekel čas izposoje,
2. če se bom preselil v dom za starejše, posebni socialno-varstveni zavod ali zavod za usposabljanje, ki mi je medicinski pripomoček dolžan zagotoviti (npr. standardni voziček, hoduljo, sobno dvigalo, dvigalo za kopalnico, negovalno posteljo z vsemi dodatki itd.),
3. če ga ne bom več potreboval ali
4. če bi ta zame postal neuporaben zaradi sprememb v zdravstvenem stanju.

V primeru, da pripomočka ne bi mogel vrniti sam, ga bo vrnil:

_____ (ime in priimek, rojstni datum, naslov)
 _____ (šifra in podpis izposojevalca) _____ (podpis prevzemnika)

POTRDILO

_____ (naziv izposojevalca)

potrjujemo, da je _____ danes, dne _____
(ime in priimek)

vrnil medicinski pripomoček _____ šifra _____,

vrnil medicinski pripomoček _____ šifra _____,

vrnil medicinski pripomoček _____ šifra _____,

ki je bil dan v uporabo zavarovani osebi _____

na osnovi naročilnice št. _____ z dne _____.

_____ (podpis izposojevalca)