

## Priloga 1: Pogoji za medicinske pripomočke iz skupine Proteze udov

| MEDICINSKI PRIPOMOČKI                  | POGOJI                                                                                                                      |
|----------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PROTEZA ZA STOPALO IZ SILIKONA – LEVA  | Zavarovana oseba z amputacijo vsaj dveh prstov in stopalnic (transmetatarzalna ali višja transverzalna amputacija stopala). |
| PROTEZA ZA STOPALO IZ SILIKONA – DESNA | Zavarovana oseba z amputacijo vsaj dveh prstov in stopalnic (transmetatarzalna ali višja transverzalna amputacija stopala). |
| NAVLEKA ZA KRN                         | Zavarovana oseba, ki uporablja protezo za zgornji ali spodnji ud.                                                           |