

NAROČILNICA številka: _____ A

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA
IZVAJALCAŠIFRA 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)

8 – ODLOČBA

1 - IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA
2 - ZDRAVSTVENE
KOMISIJE

ODLOČBA ŠT.

DNE

10 – 78.a ČLEN ZZZVZ

1 - NUJNO
ZDRAVLJENJE

11 – VELJAVNOST NAROČILNICE

1 - ENKRATNA
2 - OBNOVLJIVA

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

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka)

(naslov)

12 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZDA

2 – IZDA FUNKCIONALNO USTREZEN

3 – PRILAGODI

13 – PREDPIS PODSKUPINE

(naziv podskupine medicinskega pripomočka)

(šifra podskupine)

(količina/dan)

(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 _____ . Zavarovana oseba je medicinski

(datum)

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 [redacted] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj [redacted] dne [redacted] žig [redacted]
podpis ZZZS

ZZZS odobri funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček
v znesku [redacted] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici.

Kraj [redacted] dne [redacted] žig [redacted]
podpis ZZZS

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do [redacted].

Naročilnica je predložena dobavitelju dne [redacted].

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj [redacted] dne [redacted] žig [redacted]
podpis dobavitelja

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj [redacted] dne [redacted]
podpis zavarovane osebe

MESEČNA ZBIRNA NAROČILNICA zap. št.:.....mesec:.....leto:.....		On-line številka naročilnice	
Obr. NAR-3/04		2-IZVAJALEC	
1-SOCIALNI ALI DRUG ZAVOD		4-ZAVAROVALNICA ZA DOPLAČILA	
.....		Sifra zdr. dejavnosti:	
.....		Sifra izvajalca:	
.....		02 - Adriatic	
.....		03 - Vzajemna	
.....		04 - Triglav	
(Naziv in naslov socialnega ali drugega zavoda)		06 - ZZS - proračun RS	
5-NAROČILO		3-ZDRAVNIK	
St. II. MP za lahko inkontinenco		Sifra zdravnik:	
1 Priimek in ime		Priimek in ime ali žig zdravnika:	
1 Priimek in ime		Razlog obravnave	
2		Način doplačila	
3		Šifra vrste	
4		Število kosov	
St. VII. MP za srednjo inkontinenco - zbirna naročilnica		Obdobje	
1 Priimek in ime		Razlog obravnave	
1 Priimek in ime		Način doplačila	
2		Šifra vrste	
3		Število kosov	
4		Obdobje	
St. VIII. MP za težko inkontinenco - zbirna naročilnica		Obdobje	
1 Priimek in ime		Razlog obravnave	
1 Priimek in ime		Način doplačila	
2		Šifra vrste	
3		Število kosov	
4		Obdobje	
St. IX. MP za zelo težko inkontinenco - zbirna naročilnica		Obdobje	
1 Priimek in ime		Razlog obravnave	
1 Priimek in ime		Način doplačila	
2		Šifra vrste	
3		Število kosov	
4		Obdobje	
St. X. Otroške plenice - zbirna naročilnica		Obdobje	
1 Priimek in ime		Razlog obravnave	
1 Priimek in ime		Način doplačila	
2		Šifra vrste	
3		Število kosov	
4		Obdobje	
Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za naročanje:		Datum naročila:	
6-PREVZEM		Datum prevzema:	
Ime in priimek ter podpis odgovorne osebe v socialnem ali drugem zavodu za prevzem naročene količine:		Datum prevzema:	