

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 ZZVZZ

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 ZZS, 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] [redacted]
podpis zavarovane osebe