

PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____

_____ (naziv izvajalca)

2 – ZDRAVNIK

1 – OSEBNI _____
 2 – NADOMESTNI _____ (številka zdravnika)
 3 – NAPOTNI _____

_____ (imenski žig)

3 – ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum rojstva)

_____ (enota ZZZS zavarovanja / reg. št.) _____ (zavar. podlaga)

_____ (priimek)

_____ (ime) M – 1 Ž – 2

_____ (ulica)

_____ (poštna številka) _____ (kraj)

8 – RAZLOG OBRAVNAVE

01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA
 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA _____
 03 - POKLICNA BOLEZEN 09 - SPREMSTVO
 04 - POŠKODBA PRI DELU
 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA, NASTALA PRI AKTIVNOSTI IZ 18. ČL. ZAKONA
 06 - NEGA
 PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____

9 – NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
 ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____

10 – PRVI DAN ZADRŽANOSTI

OD _____

11 – ODLOČBA

ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠT.: _____
 1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____ DO _____
 2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____ DO _____

12 – ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____
 ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____
 DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN
 OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN

13 – NAPOTEN NA IK

NAPOTEN _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN
 DNE _____ DA

14 – INVALIDNOST

INVALID _____
 1. I. kat. 2. II. kat. 3. III. kat.

15 – BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

OD _____ PREDVIDENO DO DNE _____
 DNE _____ DO DNE _____

4 – POKLIC

DELO, KI GA ZAVAROVANEC OPRAVLJA (POKLIC)

5 – ODLOČITEV

1 - O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO _____
 2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE _____
 3 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA _____
 4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA _____
 5 - O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV _____
 6 - O UPRAVIČENOSTI ZAHTEVE PO MEDICINSKEM PRIPOMOČKU PRED IZTEKOM TRAJNOSTNE DOBE _____

6 – ZAVEZANEC

NAZIV _____ Številko zavezanecov _____

_____ reg. števil. _____ šifra dejavnosti

7 – DRUŽINSKI ČLAN

_____ (priimek)

_____ (ime) _____ (datum roj.)

1 – OTROK 2 – ZAKONEC _____

DIAGNOZA:

Šifra _____

Začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni oziroma poškodbe izven dela
od _____ do _____ (recidiv).Nadomestilo za 80 delovnih dni po 3. odst. 137. čl. zakona o delovnih razmerjih
(Ur. l. RS, št. 42/02) je bilo izplačano v breme delodajalca do _____

ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA

UTEMELJITEV PREDLOGA IZ RUBRIKE 5 (točki 5 in 6)

OPOMBE - PREDLOGI:

Namestitev na negovalni oddelek: da ne

Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA:

Kraj _____, dne _____ žig _____ podpis zdravnika

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:

V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim
področjem nepoten v zdravilišče:Kraj _____, dne _____ žig _____ podpis zavarovane osebe