

## POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA

<b>1 - IZVAJALEC</b> ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ _____ (naziv izvajalca)	<b>2 - ZDRAVNIK</b> 1. - OSEBNI <input type="checkbox"/> 2. - NADOMESTNI <input type="checkbox"/> 3. - NAPOTNI <input type="checkbox"/> _____ (številka zdravnika) _____ (imenski žig)	
<b>3 - ZAVAROVANA OSEBA</b> _____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____ (enota ZZS zavarovanja/reg. št.) _____ (zavar. podlaga) _____ (priimek) _____ (ime) <b>M - 1 Ž - 2</b> _____ (ulica) _____ (poštna številka) _____ (kraj)	<b>4 - RAZLOG OBRAVNAVE</b> 01 - BOLEZEN <input type="checkbox"/> 02 - POŠKODBA IZVEN DELA 03 - POKLICNA BOLEZEN 04 - POŠKODBA PRI DELU 05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 07 - TRANSPLANTACIJA	<b>5 - PODLAGA</b> 1 - 1.TČ. 1. ODST. 23. ČL. 2 - 2.TČ. 1. ODST. 23. ČL. 3 - 3.TČ. 1. ODST. 23. ČL. 4 - NMP <input type="checkbox"/> 5 - POZIV IMENOVANEGA ZDRAVNIKA OZ. ZDRAVSTVENE KOMISIJE
	<b>6 - TUJI ZAVAROVANEC</b> _____ ŠIFRA DRŽAVE	<b>7 - VRSTA PREVOZA</b> 1 - JAVNI PREVOZ <input type="checkbox"/> 2 - OSEBNI AVTO <input type="checkbox"/>
	<b>8 - PRAVICA DO SPREMSTVA</b> 1 - DA <input type="checkbox"/> 2 - NE <input type="checkbox"/>	<b>9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO</b> 1 - STAROST OSEBE <input type="checkbox"/> 2 - ZDRAVSTVENO STANJE OSEBE <input type="checkbox"/>

Najbližji ustrezn izvajalec je v kraju \_\_\_\_\_

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ žig \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ podpis zdravnika

Zavarovana oseba se je dne \_\_\_\_\_ javila:

- v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne \_\_\_\_\_, skupaj \_\_\_\_\_ dni
- v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne \_\_\_\_\_, skupaj \_\_\_\_\_ dni
- na pregled v ambulanti / specialistični ambulanti ob \_\_\_\_\_ uri in se pri izvajalcu mudila \_\_\_\_\_ ur
- v ambulanti nujne medicinske pomoči ob \_\_\_\_\_ uri in se pri izvajalcu mudila \_\_\_\_\_ ur
- na pregled pri
  - imenovanem zdravniku ZZS - OE \_\_\_\_\_ izpostava \_\_\_\_\_
  - zdravstveni komisiji ZZS \_\_\_\_\_  
 ob \_\_\_\_\_ uri in se pri njej mudila \_\_\_\_\_ ur.

Kraj \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_ žig \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ imenski žig - podpis zdravnika

