

**POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA /  
CERTIFICATO PER IL DIRITTO ALLE SPESE VIAGGIO - ACCOMPAGNAMENTO**
**1 - IZVAJALEC / OPERATORE**
 ŠTEVILKA  
IZVAJALCA /  
CODICE DELL'  
OPERATORE

(naziv izvajalca / denominazione dell'operatore)

**2 - ZDRAVNIK / MEDICO**
 1. - OSEBNI / DI BASE  
2. - NADOMESTNI /  
SOSTITUITO  
3. - NAPOTNI /  
SPECIALISTA

(številka zdravnika / codice del medico)

(imenski žig / timbro nominativo)

**3 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A**

(številka zavarovane osebe / codice dell'assistito/a)

(datum roj. / data di nascita)

(enota ZZS zavarovanja/reg. št. / unità locale ZZS/n. di registrazione)

(zavar. podlaga / base assicurativa)

(priimek / cognome)

(ime / nome)

**M/M-1 Ž/F-2**

(ulica / via)

(poštna številka / codice postale)

(kraj / luogo)

**4 - RAZLOG OBRAVNAVE /  
MOTIVAZIONE DEL  
TRATTAMENTO**
 01 - BOLEZEN / MALATTIA  
FUORI DAL LAVORO  
02 - POŠKODBA IZVEN  
DELA / INFORTUNIO  
FUORI DAL LAVORO  
03 - POKLONNA BOLEZEN /  
MALATTIA PROFESSIONALE  
04 - POŠKODBA PRI DELU /  
INFORTUNIO SUL LAVORO  
05 - POŠKODBA PO TRETIJI OSEBI  
IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI  
DAL LAVORO CAUSATO DA TERZI  
07 - TRANSPLANTACIJA / TRAPIANTO
**5 - PODLAGA / IN BASE AL**
 1 - 1.TČ. 1. ODST. 23. ČL. / PUNTO 1  
1° PARAGRAFO, ARTICOLO 23  
2 - 2.TČ. 1. ODST. 23. ČL. / PUNTO 2  
1° PARAGRAFO, ARTICOLO 23  
3 - 3.TČ. 1. ODST. 23. ČL. / PUNTO 3  
1° PARAGRAFO, ARTICOLO 23  
4 - NMP / PROMTO  
SOCCORSO  
5 - POZIV IMENOVANEGA  
ZDRAVNIKA OZ.  
ZDRAVSTVENE  
KOMISIJE / INVITO DEL MEDICO  
DESIGNATO O COMMISSIONE  
SANITARIA
**6 - TUJI ZAVAROVANEC /  
ASSITITO/A STRANIERO/A**

SIFRA DRŽAVE / CODICE DEL PAESE

**7 - VRSTA PREVOZA /  
MODALITÀ DEL TRASPORTO**
 1 - JAVNI PREVOZ /  
TRASPORTO PUBBLICO  
2 - OSEBNI AVTO /  
AUTOMOBILE PERSONALE
**8 - PRAVICA DO SPREMSTVA /  
DIRITTO ALL' ACCOMPA-  
GNAMENTO**
 1 - DA / SÌ  
2 - NE / NO
**9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO /  
MOTIVO DELL' ACCOMPAGNAMENTO**
 1 - STAROST OSEBE /  
ETÀ DELLA PERSONA  
2 - ZDRAVSTVENO STANJE OSEBE /  
CONDIZIONE DI SALUTE DELLA PERSONA

 Najbližji ustreznizvajalec je v kraju /  
Operatore conforme e con sede vicina
Kraj /  
Luogodne /  
ilžig /  
timbro

podpis zdravnika / firma del medico

Zavarovana oseba se je dne / L' assistito/a il giorno \_\_\_\_\_ javila / era:

 1. v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne \_\_\_\_\_, skupaj \_\_\_\_\_ dni /  
degente in ospedale ed è stato/a ricoverato/a fino al \_\_\_\_\_, per un totale di \_\_\_\_\_ giorni

 2. v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne \_\_\_\_\_, skupaj \_\_\_\_\_ dni /  
in riabilitazione alle terme fino al \_\_\_\_\_, per un totale di \_\_\_\_\_ giorni

 3. na pregled v ambulanti / specialistični ambulanti ob \_\_\_\_\_ uri in se pri izvajalcu /  
presso ambulatorio / clinica specializzata per visita di controllo alle \_\_\_\_\_ ore per un totale  
mudila / \_\_\_\_\_ ur /  
di \_\_\_\_\_ ore

 4. v ambulanti nujne medicinske pomoči ob / \_\_\_\_\_ uri in se pri izvajalcu mudila / \_\_\_\_\_ ur /  
presso il servizio medico di emergenza alle \_\_\_\_\_ ore per un totale di \_\_\_\_\_ ore

5. na pregled pri / sottoposta ad un controllo medico

 1. imenovanemu zdravniku ZZS - OE / \_\_\_\_\_ izpostava /  
da parte del medico designato del ZZS - Unità locale \_\_\_\_\_ filiale

 2. zdravstveni komisiji ZZS / \_\_\_\_\_  
da parte della commissione medica del ZZS

 ob \_\_\_\_\_ uri in se pri njej mudila \_\_\_\_\_ ur /  
alle ore \_\_\_\_\_ per un totale di \_\_\_\_\_ ore.
Kraj /  
Luogodne /  
ilžig /  
timbro

imenski žig - podpis zdravnika / timbro nominativo - firma del medico

