

**POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA /
UTAZASI UTALVÁNY ÚTIKÖLTÉG TÉRÍTÉSÉHEZ- KISÉRETI JOGOSULTSÁGHOZ**

1 - IZVAJALEC / SZOLGÁLTATÓ

ŠTEVILKA
IZVAJALCA /
A SZOLGÁLTATÓ
NYILVÁNTARTÁSI SZÁMA

(náziv izvajalca / a szolgáltató megnevezése)

2 - ZDRAVNIK / ORVOS

1. - OSEBNI / HÁZIORVOS
2. - NADOMESTNI /
HELYETTESÍTŐ
ORVOS
3. - NAPOTNI / BEUTALÓ
ORVOS

(stevilka zdravnika / az orvos nyilvántartási száma)

(imnisi žig / névleges pecsét)

3 - ZAVAROVANA OSEBA / BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY

(stevilka zavarovane osebe / a biztosított személy száma) (datum roj. / születés dátuma)

(enota ZZSZ zavarovanja/reg. št. / a SZEBI területi egysége/reg. szám) (zavar. podiaga / biztosítási alap)

(priimek / utónév)

(ime / név) **M/F - 1 Ž/N - 2**

(ulica / utca)

(poštna številka / irányítószám) (kraj / hely)

**4 - RAZLOG OBRAVNAVE /
A KEZELÉS OKA**

01 - BOLEZEN / BETEGSÉG
02 - POŠKODBA IZVEN
DELA / MUNKAHELYEN
KIVÜLI SÉRÜLÉS
03 - POKLICNA BOLEZEN / FOGLALKOZ-
TÁSI MEGBETEGEDÉS
04 - POŠKODBA PRI DELU /
MUNKAHELYI SÉRÜLÉS
05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN
DELA / MUNKAHELYEN KIVÜLI,
HARMADIK SZEMÉLY ÁLTAL
OKOZOTT SÉRÜLÉS
07 - TRANSPLANTÁCIJA / TRANSZPLANTÁCIÓ

5 - PODLAGA / ALAP

1 - 1.TC. 1. ODSZ. 23. ČL. /
23.CIKKELY 1.BEK. 1. P.
2 - 2.TC. 1. ODSZ. 23. ČL. /
23.CIKKELY 1.BEK. 2. P.
3 - 3.TC. 1. ODSZ. 23. ČL. /
23.CIKKELY 1.BEK. 3. P.
4 - NMP / SBE
(sürgősségi betegellátás)
5 - POZIV IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA OZ. ZDRAVSTVENE
KOMISIE / AZ ELJÁRÓ ORVOS, ILLETVE
ORVOS BIZTOSÁG FELHÍVÁSA

**6 - TUJI ZAVAROVANEC /
KÜLFÖLDI BIZTOSÍTOTT**

ŠIFRA DRŽAVE / ORSZÁGKÓD

**7 - VRSTA PREVOZA /
KÖZLEKEDÉS TÍPUSA**

1 - JAVNI PREVOZ /
TÖMEGKÖZLEKEDÉS
2 - OSEBNI AVTO /
SZEMÉLYAUTÓ

**8 - PRAVICA DO SPREMSTVA /
KISÉRET JOGOSULTSÁG**

1 - DA / IGEN
2 - NE / NEM

**9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO /
KISÉRET OKA**

1 - STAROST OSEBE /
A SZEMÉLY ÉLETKORA
2 - ZDRAVSTVENO STANJE OSEBE /
A SZEMÉLY EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOTA

Najbližji ustrezní izvajalec je v kraju / A legközelebbi
megfelelő szolgáltató településen van

Kraj / Hely _____ dne / dátum _____

Žig / pecsét _____
podpis zdravnika / az orvos aláírása

Zavarovana oseba se je dne / A biztosított személy _____ javila / én jelentkezett:

1. v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne / _____ skupaj / _____ dni /
a kórházban, ahol felvételre került -ig, összesen napig

2. v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne / _____ skupaj / _____ dni /
a rehabilitációs központban, ahol felvételre került -ig, összesen napig

3. na pregled v ambulanti / specialistični ambulanti ob / _____ uri in se pri izvajalcu /
a rendelőben/szakrendelőben órákor és a szolgáltatónál
mudila _____ ur /
órát tartózkodott

4. v ambulanti nujne medicinske pomoči ob / _____ uri in se pri izvajalcu mudila / _____ ur /
a sürgősségi ambulancián órákor és a szolgáltatónál órárt tartózkodott

5. na pregled pri / vizsgálatra

1. imenovanemu zdravniku ZZSZ - OE / _____ izpostava / _____
a megnevezett orvosnál a SZEBI TE kirendeltségén

2. zdravstveni komisiji ZZSZ / _____
a SZEBI orvos bizottságánál

ob _____ uri in se pri njej mudila _____ ur /
órákor és ott órárt tartózkodott.

Kraj / Hely _____ dne / dátum _____

Žig / pecsét _____
imnisi žig - podpis zdravnika / névleges pecsét-az orvos aláírása

