

<p>1 - ZDRAVNIK</p> <p><input type="checkbox"/> OSEBNI ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____</p> <p><input type="checkbox"/> POOBlašČENI <input type="checkbox"/> NADOMESTNI</p>	<p>2 - ŠTEVILKA IZVAJALCA</p> <p>_____</p>
--	---

3 - ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (datum roj. – MMLLLL)

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

_____ (priimek)

_____ (ime) M - 1 Ž - 2


_____ (ulica)

POŠTA _____ KRAJ _____

PZZ:

<p>šifra zavarovalnice</p> <p>4 - RAZLOG OBRAVNAVE</p> <p>1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA) <input type="checkbox"/></p> <p>2 - POŠKODBA IZVEN DELA</p> <p>3 - POKLICNA BOLEZEN</p> <p>4 - POŠKODBA PRI DELU</p> <p>5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA</p>	<p>šifra zavarovanja</p> <p>5 - NAČIN DOPLAČILA</p> <p>1 - BREZ DOPLAČILA <input type="checkbox"/></p> <p>2 - ZAVAROVANA OSEBA</p> <p>3 - ZAVAROVALNICA</p>	<p>številka police</p> <p>6 - TUJI ZAVAROVANEC</p> <p>šifra države _____</p> <p>farmacevt _____</p>
--	--	--





Žig izvajalca _____ (datum) _____ (podpis in imenski žig zdravnika)

Kontaktni podatki o zdravniku in izvajalcu:

_____ (ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije) _____ (e-poštni naslov zdravnika)

_____ (tel. številka) _____ (naslov)