

1 - ZDRAVNIK / MEDICO

osebni / di base številka zdravnika / codice del medico

pooblaščen / autorizzato nadomestni / sostituto

2 - ŠTEVILKA IZVAJALCA / CODICE DELL' OPERATORE

3 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A

(številka zavarovane osebe / codice dell' assistito/a) (datum rojstva - MMLLLL / data di nascita - MMAAAA)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št. / unità locale ZZS / n. di registrazione) (zavarovalna podlaga / base assicurativa)

(priimek / cognome)

(ime / nome)

M / M - 1 Ž / F - 2

(ulica / via)

pošta / codice postale

kraj / luogo

PZZ / POLIZZA ASSICURATIVA

šifra zavarovalnice / codice della compagnia assicurativa

šifra zavarovanja / codice di assicurazione

številka police / n. di polizza

4 - RAZLOG OBRAVNAVE / MOTIVAZIONE DEL TRATTAMENTO

- 1 - BOLEZEN (tudi preventiva) / MALATTIA (anche preventiva)
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO
- 3 - POKLICNA BOLEZEN / MALATTIA PROFESSIONALE
- 4 - POŠKODBA PRI DELU / INFORTUNIO SUL LAVORO
- 5 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO CAUSATO DA TERZI

5 - NAČIN DOPLAČILA / MODALITÀ DI PAGAMENTO SUPPLEMENTARE

- 1 - BREZ DOPLAČILA / PAGAMENTO SUPPLEMENTARE NON PREVISTO
- 2 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A
- 3 - ZAVAROVALNICA / COMPAGNIA ASSICURATIVA

6 - TUJI ZAVAROVANEC / ASSISTITO/A STRANIERO/A

(šifra države / codice del Paese)

(farmacevt / farmacista)

Rp. / Prescrizione



Žig izvajalca / Timbro dell' operatore

(datum / data)

(podpis in imenski žig zdravnika / firma e timbro nominativo del medico)

Kontaktne podatke o zdravniku in izvajalcu / Contatti del medico e dell' operatore

(ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije / nome e cognome del medico, qualifiche professionali)

(e-poštni naslov zdravnika / indirizzo e-mail del medico)

(telefonska številka / numero telefonico)

(naslov / indirizzo)

Izdal in založil /  - Obr. Rp/05 - IT
Rilasciato e pubblicato dal:  - Modulo Rp/05 - IT

Ponatis prepovedan / Ristampa proibita