

1 - ZDRAVNIK / MEDICO

OSEBNI / DI BASE ŠTEVILKA ZDRAVNIKA / CODICE DEL MEDICO _____

POOBlašČENI / AUTORIZZATO NADOMESTNI / SOSTITUTO

2 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A

_____ (številka zavarovane osebe / codice dell' assistito/a) _____ (datum roj. MMLLLL / data di nascita MMAAAA)

_____ (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)

POŠTA / CODICE POSTALE _____ KRAJ / LUOGO _____

PZZ / POLIZZA ASSICURATIVA:

Sifra zavarovalnice / codice della compagnia assicurativa Sifra zavarovanja / codice di assicurazione Številka police / n. di polizza

3 - 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 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO CAUSATO DA TERZI

4 - NAČIN DOPLAČILA / MODALITÀ DI PAGAMENTO SUPPLEMENTARE

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

5 - TUJI ZAVAROVANEC / ASSISTITO/A STRANIERO/A

_____ (sifra države / codice del Paese)

(farmacevt / farmacista)

Rp. / Prescrizione



 **PRAVILA ČLEN 210 / ARTICOLO 210 DEL REGOLAMENTO DEL ZZS**

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

Kontaktni podatki o zdravniku / Contatti del medico:

_____ (ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije / nome e cognome del medico, qualifiche professionali) _____ (e-poštni naslov zdravnika / indirizzo e-mail del medico)

_____ (tel. številka / numero telefonico) _____ (naslov / indirizzo)