

1 - ZDRAVNIK / ORVOS

OSEBNI / HAZIORVOS ŠTEVILKA ZDRAVNIKA / AZ ORVOS SZÁMA _____

POOBLAŠČENI / MEGHATALMAZOTT ORVOS NADOMESTNI / HELYETTESÍTŐ ORVOS

2 - ZAVAROVANA OSEBA / BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY

_____ (stevilka zavarovane osebe / a biztosított személy száma) _____ (datum roj. MM.LLLL / születési dátum HH.EÉ.ÉÉ)

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

_____ (príimek / utónév)

_____ (ime / név) **M / F - 1 Ž / N - 2**

_____ (ulica / utca)

POŠTA / IRÁNYÍTÓ-SZÁM _____ KRAJ / HELY _____

PZZ / ÖEB:

Sífra zavarovalnice / a biztosító kódja Sífra zavarovanja / a biztosítás kódja Stevilka police / a biztosítási szerződés száma

3 - RAZLOG OBRAVNAVE / A KEZELÉS OKA

1 - BOLEZEN (TUDI PREVENTIVA) / BETEGSÉG (MEGELŐZÉS IS)
2 - POŠKODBA IZVEN DELA / MUNKAHELYEN KIVÜLI SÉRÜLÉS
3 - POKLONICA BOLEZEN / FOGLALKOZTATÁSI MEGBETEGEDÉS
4 - POŠKODBA PRI DELU / MUNKAHELYI SÉRÜLÉS
5 - POŠ. PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA / MUNKAHELYEN KIVÜLI, HARMADIK SZEMÉLY ÁLTAL OKOZOTT SÉRÜLÉS

4 - NAČIN DOPLAČILA / AZ ELSZÁMOLÁS MÓDJA

1 - BREZ DOPLAČILA / TÖBBLETKÖLTSEG NÉLKÜL
2 - ZAVAROVANA OSEBA / BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY
3 - ZAVAROVALNICA / BIZTOSÍTÓ


5 - TUJJI ZAVAROVANEC / KÜLFÖLDI BIZTOSÍTOTT

_____ Sífra države / országkód

_____ farmacevt / gyógyszerész

Rp. / Rp.




 **PRAVILA ČLEN 210 / JOGSZABÁLY 210 CIKKELY**

_____ (datum / dátum) _____ (podpis in imenski žig zdravnika / az orvos pecsétje és aláírása)

Kontaktni podatki o zdravniku / Az orvos elérhetősége:

_____ (ime in priimek zdravnika, poklicne kvalifikacije / az orvos neve, szakképesítés) _____ (e-poštni naslov zdravnika / az orvos e-posta címe)

_____ (tel. številka / telefonszám) _____ (naslov / cím)

Izdai in založili:  - Obr. Rp-OR/03 - MA Pönatis prepovedan / Tilos az utánnymtatás