

NALOG ZA PREVOZ

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI

NAZIV IZVAJALCA

3 – ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe) (datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica in hišna št.)

(poštna številka) (kraj)

(telefonska številka)*

(e-pošta)*

2 – ZDRAVNIK

osebni napotni nadomestni NMP (imenski žig)

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

4 – NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

5 – RAZLOG OBRAVNAVE

01 – BOLEZEN
02 – POŠKODBA IZVEN DELA
03 – POKLICNA BOLEZEN
04 – POŠKODBA PRI DELU
05 – POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA
07 – TRANSPLANTACIJA

6 – NAČIN DOPLAČILA

1 – BREZ DOPLAČILA
2 – ZAVAROVANA OSEBA
3 – ZAVAROVALNICA

7 – TUJI ZAVAROVANEC

(šifra države)

8 – VELJAVNOST

1 – ENKRATNA
2 – DO

9 – PZZ

PZZ ZAVAROVALNICA / ŠTEVILKA POLICE

ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJA DO

10 – VRSTA PREVOZA

1 – NUJNI
2 – NENUJNI
3 – SANITETNI
4 – HELIKOPTERSKI

11 – RAZLOG ZA NENUJNI ALI SANITETNI PREVOZ

1 – NEPOKRETNOST
2 – ŠKODLJIVOST JAVNEGA PREVOZA
3 – SPREMIŠTVO ZDRAVSTVENEGA DELAVCA
4 – DIALIZA

* kontaktna podatka o telefonski številki in elektronskem naslovu nista obvezna.

12 – RELACIJA PREVOZA

13 – OPOMBE

kraj dne žig podpis zdravnika

PREVOZI

Datum	Čas (od-do)	Reg. št. vozila	km/min	Štartnina	Spremljevalec	Podpis voznika	Podpis zavarovane osebe

Datum	Čas (od-do)	Reg. št. vozila	km/min	Štartnina	Spremljevalec	Podpis voznika	Podpis zavarovane osebe

_____ kraj _____ dne _____ žig _____ podpis