

DELOVNI NALOG ZA ZOBNOPROTETIČNE STORITVE

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____ ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI _____

_____ (naziv izvajalca)

2 – ZDRAVNIK

OSEBNI ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA _____

NAPOTNI NADOMESTNI

_____ (imenski žig)

3 – ZAVAROVANA OSEBA

_____ (številka zavarovane osebe) _____ (starost)

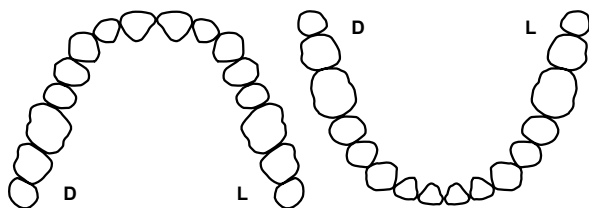
_____ (ime zavarovane osebe - brez priimka) M – 1 Ž – 2

4 – IZDELOVALEC NADOMESTKA

_____ (šifra laboratorija) _____ (naziv laboratorija)

_____ (številka izdelovalca) _____ (ime izdelovalca nadomestka)

5 - NAČRT



OZNAČITI manjkajoči zob zob v protezi

prevleka na zobu člen



BARVA

OBLIKA

datum začetka: _____

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

_____ podpis zobozdravnika

7 – NAROČILO POSAMEZNIH DEL

količina	storitev	naročam naslednja dela	material	datum	ura

Izpolni laboratorij

ZLITINA

MATERIAL

MATERIAL

Medicinski pripomoček je narejen po naročilu za zgoraj navedeno zavarovano osebo. Izjavljam in prevzemam vso odgovornost za skladnost izdelka z bistvenimi zahtevami Pravilnika o medicinskih pripomočkih.

_____ (kraj) _____ (datum) _____ (žig) _____ (podpis tehnika)

