

# DELOVNI NALOG ZA ZOBNOPROTETIČNE STORITVE / ORDINE DI LAVORO PER SERVIZI PROTESICI DENTALI

## 1 – IZVAJALEC / OPERATORE

ŠTEVILKA IZVAJALCA / CODICE DELL' OPERATORE \_\_\_\_\_ ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI / CODICE DELL' ATTIVITÀ SANITARIA \_\_\_\_\_  
(naziv izvajalca / denominazione dell' operatore)

## 2 – ZDRAVNIK / DENTISTA

OSEBNI / DI BASE  ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA / CODICE DEL DENTISTA \_\_\_\_\_  
NAPOTNI / SPECIALISTA  NADOMESTNI / SOSTITUTO   
(menski žig / timbro nominativo)

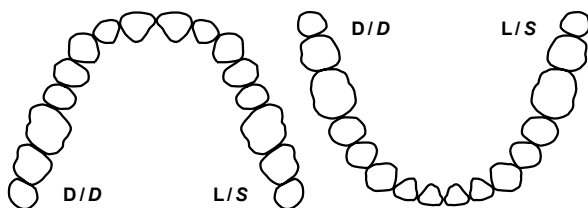
## 3 – ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A

(številka zavarovane osebe / codice dell' assistito/a) \_\_\_\_\_ (starost / età) \_\_\_\_\_  
(ime zavarovane osebe - brez priimka / nome dell' assistito/a - senza cognome) \_\_\_\_\_ M / M - 1 Ž / F - 2

## 4 – IZDELOVALEC NADOMESTKA / ODONTOTECNICO

(šifra laboratorija / codice del laboratorio) \_\_\_\_\_ (naziv laboratorija / denominazione del laboratorio) \_\_\_\_\_  
(številka izdelovalca / codice dell' odontotecnico) \_\_\_\_\_ (ime izdelovalca nadomestka / nome dell' odontotecnico) \_\_\_\_\_

## 5 - NAČRT / PIANO



OZNAČITI / INDICARE  manjkajoči zob / dente mancante  zob v protezi / dente nella dentiera  
 prevleka na zobu / rivestimento del dente  člen / elemento

BARVA / COLORE \_\_\_\_\_  
OBLIKA / FORMA



datum začetka / data d' inizio: \_\_\_\_\_

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 / firma del dentista

## 7 – NAROČILO POSAMEZNIH DEL / ORDINE DELLE SINGOLE PARTI

količina / quantità	storitev / servizio	naročam naslednja dela / ordino i seguenti servizi	material / materiale	datum / data	ura / ora

Izpolni laboratorij / Compila il laboratorio

ZLITINA / LEGA \_\_\_\_\_ MATERIAL / MATERIALE \_\_\_\_\_ MATERIAL / MATERIALE \_\_\_\_\_

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 / Il dispositivo medico è realizzato su ordinazione per il/la sudetto/a assistito/a. Dichiaro e mi assumo la piena responsabilità per quanto riguarda la conformità del prodotto ai requisiti essenziali del Regolamento dei dispositivi medici.

(kraj / luogo) \_\_\_\_\_ (datum / data) \_\_\_\_\_ (žig / timbro) \_\_\_\_\_ (podpis tehnika / firma dell' odontotecnico) \_\_\_\_\_

