

# ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE

## 1-IZVAJALEC

ŠTEVILKA IZVAJALCA _____	ŠIF. ZDR. DEJAVNOSTI _____
_____	
naziv izvajalca	

## 2-SPECIALIST ORTODONT

ŠTEVILKA ORTODONTA _____
_____
imenski žig

## 3-ZAVAROVANA OSEBA

_____	_____
(številka zavarovane osebe)	(datum roj.)
_____	_____
(enota ZZSZ zavarovanja / reg. št.)	(zavar. podlaga)
_____	
(priimek)	
_____	M - 1    Ž - 2
(ime)	
_____	
(ulica)	
_____	_____
(poštna številka)	(kraj)

## 4-NAPOTNICA

ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA _____

## 5-IZDELOVALEC ORTODONTSKEGA APARATA

_____	_____
šifra laboratorija	naziv laboratorija
_____	_____
številka izdelovalca	ime izdelovalca nadomestka

\_\_\_\_\_

kraj

\_\_\_\_\_

datum

\_\_\_\_\_

žig

\_\_\_\_\_

podpis ortodonta

## Pravice in obveznosti v okviru ortodontskega zdravljenja

S podpisom potrjujem, da sem seznanjen(a) s **pravicami in obveznostmi v okviru ortodontskega zdravljenja**, ki jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob tem sem bil(a) seznanjen(a) tudi s posledicami morebitnega ravnanja, ki ne bi bilo v skladu z navodili ortodonta in predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja glede:

- rednega vzdrževanja brezhibne ustne higijene ves čas ortodontskega zdravljenja;
- rednega nošenja aparata po navodilih ortodonta;
- ravnanja s snemnimi oziroma nesnemnimi aparati, da se ti ne poškodujejo ali izgubijo;
- prihajanja na naročene preglede k ortodontu oziroma se v primeru opravičljivih zadržanosti opravičiti in dogovoriti za naslednji datum obiska.

Seznanjen(a) sem, da ima ortodont pravico in dolžnost prekiniti ortodontsko zdravljenje na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, če zavarovana oseba:

- ne pride na ponovni pregled v času 6 mesecev ali več po datumu pregleda, na katerega je bila naročena;
- kljub večkratnim opozorilom, ki so evidentirana v njeni kartoteki, ne nosi aparata po ortodontovih navodilih;

- kljub večkratnim opozorilom, ki so evidentirana v njeni kartoteki, ne vzdržuje redne ustne higijene in s tem ogroža lastno oralno zdravje.

Nadalje sem seznanjen(a):

- z osnovnimi informacijami o možnostih in načinih ortodontskega zdravljenja;
- z rezultati meritev, stopnjo težavnosti nepravilnosti, cilji in načrtom zdravljenja ter predvidenimi stroški ortodontskega zdravljenja;
- da, v primeru prekinitve zdravljenja zaradi nespoštovanja obveznosti, ki sem jih prevzel(a) ob začetku ortodontskega zdravljenja, ne morem od osebnega zobozdravnika zahtevati oziroma dobiti nove napotnice za nadaljevanje ortodontskega zdravljenja na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja pri drugem ortodontu;
- da, bom moral(a) nositi nastale stroške zdravljenja oziroma izdelave novega aparata, če se aparat izgubi ali če je potrebno njegovo popravilo zaradi poškodovanja, do katerega je prišlo zaradi nespoštovanja ortodontovih navodil glede ravnanja z njim.

\_\_\_\_\_

kraj

\_\_\_\_\_

datum

\_\_\_\_\_

podpis zavarovane osebe, starša ali skrbnika

\_\_\_\_\_

ime in priimek starša ali skrbnika