

ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE / TRATTAMENTO ORTODONTICO

1 - IZVAJALEC / OPERATORE

ŠTEVILKA
IZVAJALCA /
CODICE DELL'
OPERATOREŠIF. ZDR.
DEJAVNOSTI /
CODICE DELL'
ATTIVITÀ SANITARIA

naziv izvajalca / denominazione dell'operatore

2 - SPECIALIST ORTODONT / SPECIALISTA IN ORTODONZIA

ŠTEVILKA
ORTODONTA /
CODICE DELL'
ORTODONTISTA

imenski žig / timbro nominativo

3 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A

(številka zavarovane osebe / codice dell'assistito/a)

(datum roj. / data di nascita)

(enota ZZS zavarovanja / reg. št. / unità locale ZZS / n. di registrazione) (zavar. podlaga / base assicurativa)

(priimek / cognome)

(ime / nome)

(ulica / via)

(poštna številka / codice postale)

(kraj / luogo)

M/M - 1 Ž/F - 2

4 - NAPOTNICA / IMPEGNATIVA

ŠTEVILKA NAPOTNICE /
NUMERO DELL'IMPEGNATIVAŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA /
CODICE DEL DENTISTAšifra laboratorija /
codice del laboratorio

naziv laboratorija / denominazione del laboratorio

št. izdelovalca / codice dell'odontotecnico

ime izdelovalca nadomestka / nome dell'odontotecnico

kraj / luogo

datum / data

žig /
timbro

podpis ortodonta / firma dell'ortodontista

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 higiene 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 higiene 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, bomo 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.

Diritti ed obblighi nel contesto del trattamento ortodontico

Dichiaro che sono a conoscenza dei diritti ed obblighi nel contesto del trattamento ortodontico, previsti dalle Norme sull'assicurazione sanitaria obbligatoria, e delle conseguenze di qualsiasi comportamento non conforme alle indicazioni dell'ortodontista e alle Norme sull'assicurazione sanitaria obbligatoria a riguardo di:

- mantenimento regolare di una perfetta igiene orale in tutti i periodi del trattamento ortodontico;
- l'uso regolare dell'apparecchio secondo le istruzioni dell'ortodontista;
- l'uso di apparecchi rimovibili e non rimovibili in modo che non vengano danneggiati o smarriti;
- prendendo parte agli appuntamenti dall'ortodontista o, nel caso di giustificati impedimenti, concordarsi per un'altro appuntamento.

Sono a conoscenza che l'ortodontista ha il diritto e l'obbligo di rescindere il trattamento ortodontico a spese dell'assicurazione sanitaria obbligatoria, se l'assistito/a:

- non si presenta alla visita di controllo nel periodo di 6 mesi o più dopo il previsto appuntamento;
- nonostante le ripetute raccomandazioni, riportate nella sua cartella clinica, l'assistito/a non porta l'apparecchio secondo le istruzioni dell'ortodontista;
- nonostante le ripetute raccomandazioni, riportate nella sua cartella clinica, l'assistito/a non mantiene regolarmente una perfetta igiene orale, mettendo così a rischio la propria salute orale.

Inoltre sono a conoscenza:

- delle informazioni di base riguardanti opzioni e modalità del trattamento ortodontico;
- sui risultati della misurazione, gravità delle irregolarità, obiettivi e piano del trattamento, e costi previsti per il trattamento ortodontico;
- che in caso di interruzione del trattamento ortodontico a causa del mancato rispetto degli obblighi, assunti all'inizio del trattamento ortodontico, non posso chiedere o ottenere da un dentista di base nuove impegnative per il proseguimento del trattamento ortodontico a spese dell'assicurazione sanitaria obbligatoria presso un altro ortodontista;
- che dovrò sostenere i costi del trattamento o della produzione di un nuovo apparecchio, in caso di smarrimento dell'apparecchio o se necessario una riparazione a causa di danni all'apparecchio, subentrati dal mancato rispetto delle istruzioni dell'ortodontista per quanto riguarda il suo uso.

kraj / luogo

datum / data

podpis zavarovane osebe, starša ali skrbnika / firma dell'assistito/a, del genitore o tutore