

ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE / FOGSZABÁLYOZÓ KEZELÉST MEGRENDELŐ VÉNY

1 - IZVAJALEC / SZOLGÁLTATÓ

ŠTEVILKA
IZVAJALCA /
A SZOLGÁLTATÓ
NYILVANTARTÁSI SZÁMA

ŠIF. ZDR.
DEJAVNOSTI /
AZ EGÉSZSÉGÜGYI
TEVÉKENYSÉG KÓDJA

navigi izvajalca / a szolgáltató megnevezése

2 - SPECIALIST ORTODONT / FOGSZABÁLYOZÓ SZAKORVOS

ŠTEVILKA
ORTODONTA /
A FOGSZABÁLYOZÓ
SZAKORVOS SZÁMA

imniski žig / névleges pecsét

3 - ZAVAROVANA OSEBA / BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY

(štetvilka zavarovane osebe / a biztosított személy száma) (datum roj. / születési dátum)

(enota ZZS zavarovanjareg. št. / a SZEBI területi egysége/reg. szám) (zavar. podlaga / biztosítási alap)

(primek / utónév)

(ime / név)

MIF - 1 Ž/N - 2

(ulica / utca)

(poštna številka / irányítószám)

(kraj / hely)

4 - NAPOTNICA / ORVOSI BEUTALÓ

ŠTEVILKA NAPOTNICE /
AZ ORVOSI BEUTALÓ SZÁMA

ŠTEVILKA ZOBOZDRAVNIKA /
AZ ORVOS NYILVANTARTÁSI SZÁMA

5 - IZDELOVALEC ORTODONTSKEGA APARATA / A FOGSZABÁLYOZÓ KÉSZÜLÉK KÉSZÍTŐJE

šifra laboratorija /
a laboratórium száma

navigi laboratorija / a laboratórium megnevezése

št. izdelovalca / a készítő száma

ime izdelovalca nadomestka / a készítő megnevezése

kraj / hely

datum / dátum

žig /
pecsét

podpis ortodonta / a fogsabályozó szakorvos aláírása

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 / hely

datum / dátum

podpis zavarovane osebe, starša ali skrbnika / a biztosított személy, a szülő vagy a gondviselő aláírása

ime in imek starša ali skrbnika / a szülő vagy a gondviselő neve

A biztosított jogai és kötelezései a fogsabályozó kezelés során

Aláírással igazolom, hogy a fogsabályozó kezeléssel kapcsolatban tudatában vagyok jogaimmal és kötelezésemmel, amelyet a Kötelező Egészségbiztosítás Szabályai határoznak meg. Tájékoztattak a kezelés esetleges következményeiről, amelyek akkor következhetnek be, ha a szakorvos és az Egészségbiztosítási pészár által előírt szabályokat megsértem pl.:

- a rendszeres és következetes szájhigiéné a fogsabályozó kezelés közben;
- a fogsabályozó rendszeres viselete a szakorvos utasításai szerint;
- a lehető és nem lehető szabályozók kezelése, hogy ezek ne sérüljenek, illetve ne vesszenek el;
- a fogsabályozó szakorvos megadott időpontjaira való pontos érkezés, igazolt hiányzás előzetes bejelentése és új időpont megbeszélése;

Tudatában vagyok annak, hogy a fogsabályozó szakorvos joga és kötelezése abbahagyja a kötelező egészségbiztosításból eredő kezelést, amennyiben a biztosított személy:

- nem jelenik meg a megbeszélés vizsgálatra 6 hónapon belül;
- többszöri bejegyzett figyelmeztetés ellenére nem viseli a fogsabályozót;
- többszöri bejegyzett figyelmeztetés ellenére nem tartja be a szájhigiéné szabályait és veszélyeztetni orális egészségét;

Továbbá tudatában vagyok annak, hogy:

- a fogsabályozó kezelés alapvető lehetőségeiről és módjairól;
- a mérések eredményeiről, a helytelenség mértékéről, a kezelés céljairól és tervéről és a fogsabályozó kezelés előrelátható költségeiről;
- a vállalt kötelezettségek nem teljesítése miatt félbeszakadt kezelés esetében a kötelező egészségbiztosítás keretében választott fogorvosomtól nem kaphatok új beutalót fogsabályozó kezelésre sem a meglévő, sem egyéb szakorvosnál;
- hogy vállalom a kezelés, illetve az új szabályozó kidolgozásának költségeit, amennyiben a szabályozó elveszik, illetve a megadott szabályok be nem tartása miatt sérül meg.