

NAROČILNICA ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK številka / _____ **A**

MODULO D' ORDINE PER DISPOSITIVO MEDICO numero:

1 - IZVAJALEC / OPERATORE

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

(naziv izvajalca / denominazione dell' operatore)

2 - ZDRAVNIK / MEDICO

OSEBNI / DI BASE

NMP /
PRONTO
SOCCORSONADOMESTNI /
SOSTITUTONAPOTNI /
SPECIALISTA(številka zdravnika /
codice del medico)

(imenski žig / timbro nominativo)

3 - ZAVAROVANA OSEBA / ASSISTITO/A

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

(datum rojstva / data di nascita)

(priimek / cognome)

(ime / nome)

(ulica in hišna številka / via, numero civico)

(poštna številka / codice postale)

(kraj / luogo)

8 - ODLOČBA / DECISIONE

1 - IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA /
DEL MEDICO
DESIGNATOODLOČBA ŠT. /
N. DECISIONE2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE /
DELLA COMMISSIONE MEDICADNE /
IL10 - 78.a ČLEN ZVZZ / ARTICOLO 78.a
DELLA LEGGE
SULL' ASS. SANITARIA1 - NUJNO ZDRAVLJENJE /
TRATTAMENTO DI EMERGENZA11 - VELJAVNOST NAROČILNICE /
VALIDITÀ DEL MODULO
D' ORDINE1 - ENKRATNA / UNA
SINGOLA VOLTA
2 - OBNOVLJIVA / RINNOVABILE9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA /
CONTATTI DEL MEDICO

(e-poštni naslov zdravnika / indirizzo e-mail del medico)

(telefonska številka / numero telefonico)

(naslov / indirizzo)

12 - ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK /
CONSEGNA DEL DISPOSITIVO MEDICO ALL' ASSISTITO/A

1 - IZDA / FORNITO

2 - IZDA FUNKCIONALNO USTREZEN / CONSEGNA FUNZIONALMENTE CONFORME

3 - PRILAGODI / ADATTATO

13 - PREDPIS PODSKUPINE / REGOLAMENTO SOTTOGRUPPI

(naziv podskupine medicinskega pripomočka / classificazione sottogruppo dispositivo medico)

(šifra podskupine / codice sottogruppo) (količina/dan / quantità/giorno) (obdobje / periodo)

(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)

(šifra vrste / codice tipologia)

(količina / quantità)

(obdobje / periodo)

(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)

(šifra vrste / codice tipologia)

(količina / quantità)

(obdobje / periodo)

(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)

(šifra vrste / codice tipologia)

(količina / quantità)

(obdobje / periodo)

Datum možnega prejema od /
Data dell' eventuale ritiro dal

dalje / in poi.

Opomba /
Nota:Izposoja do /
Noleggio fino al

(datum / data)

Zavarovana oseba je medicinski pripomoček,
All' assistito/a è stato consegnato ilki je predmet prilagoditve, prejela dne /
dispositivo medico adattato ilKraj /
Luogodne /
ilžig /
timbro

podpis zdravnika / firma del medico

Naročilnico predložite specializirani prodajalni ali lekarni najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZS, sicer ne velja več / Il modulo d' ordine deve essere presentato ad un negozio specializzato o farmacia entro trenta (30) giorni dalla data dell' eventuale ritiro o emissione del modulo d' ordine da parte del ZZS (Istituto per l' assicurazione sanitaria della Slovenia), in caso contrario perde la propria validità.

Izdal in založil /
Rilasciato e pubblicato dal: **ZZS** – Obr. NAR-1/08 - IT

PONATIS PREPOVEDAN / RISTAMPA PROIBITA

ZZZS odobri prilagoditev medicinskega pripomočka / ZZZS approva l' adattamento del dispositivo medico

v znesku /
all' importo di [redacted] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici / Preventivo con specificazione è allegato al modulo d' ordine.

Kraj /
Luogo

dne /
il

žig /
timbro

[redacted]
podpis ZZZS / firma ZZZS

ZZZS odobri funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček / ZZZS approva il dispositivo medico funzionalmente appropriato

v znesku /
all' importo di [redacted] EUR.

Predračun s specifikacijo je priloga k naročilnici / Preventivo con specificazione è allegato al modulo d' ordine.

Kraj /
Luogo

dne /
il

žig /
timbro

[redacted]
podpis ZZZS / firma ZZZS

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do /
Validità garanzia dispositivo medico fino al

Naročilnica je predložena dobavitelju dne /
Il modulo d' ordine è stato presentato al fornitore il

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka / Certifico il rilascio del dispositivo medico.

Kraj /
Luogo

dne /
il

žig /
timbro

[redacted]
podpis dobavitelja / firma fornitore

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka / Confermo la ricezione del dispositivo medico.

Kraj /
Luogo

dne /
il

[redacted]
podpis zavarovane osebe / firma dell' assistito/a