

NAROČILNICA številka: _____ B

ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA IZBOLJŠANJE VIDA

1 – IZVAJALECŠTEVILKA
IZVAJALCAŠIFRA ZDR.
DEJAVNOSTI

(naziv izvajalca)

2 – ZDRAVNIK

(številka zdravnika)

(ime in priimek, poklicna kvalifikacija)

3 – ZAVAROVANA OSEBA

(številka zavarovane osebe)

(datum rojstva)

(priimek)

(ime)

(ulica, hišna številka)

(poštna številka)

(kraj)

4 – RAZLOG OBRAVNAVE

- 1 - BOLEZEN
- 2 - POŠKODBA IZVEN DELA
- 3 - POKLICNA BOLEZEN
- 4 - POŠKODBA PRI DELU
- 5 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA

5 – NAČIN DOPLAČILA

- 1 - BREZ DOPLAČILA
- 2 - ZAVAROVANA OSEBA
- 3 - ZAVAROVALNICA

**6 – TUJI
ZAVAROVANEC**

(šifra države)

7 – PZZ

PZZ ZAVAROVALNICA / ŠTEVILKA POLICE

ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJA DO

8 – ODLOČBA

1- IMENOVANEGA ZDRAVNIKA

ODLOČBA ŠT.

2-ZDRAVSTVENE KOMISIJE

DNE

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

(e-poštni naslov zdravnika)

(telefonska številka)

(naslov)

10 – ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

1 – IZDA

2 – IZDELA

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

(naziv vrste medicinskega pripomočka)

(šifra vrste)

(datum možnega prejema)

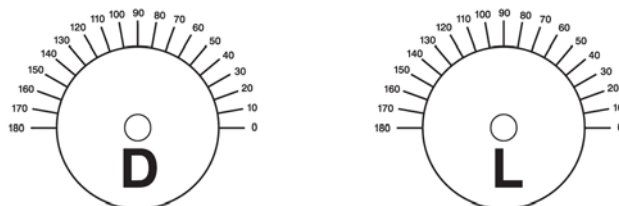
Kraj _____ dne _____

žig _____

podpis zdravnika

Naročilnico predložite pogodbenemu optiku najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZS, sicer ne velja več.

Opomba:



Uporaba		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
Za daljavo	D.o.					
	L.o.					
Za bližino	D.o.					
	L.o.					

Leče		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Diam.	Basis curve
	D.o.						
	L.o.						

Zenična razdalja Vrsta stekel

Vrsta kontaktnih leč

Teleskopska očala – daljavo

Teleskopska očala – bližina

Lupa (povečava)

Opomba:

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do .

Naročilnica je bila predložena optiki dne .

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka.

Kraj dne žig
podpis optika

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka.

Kraj dne
podpis zavarovane osebe