

NAROČILNICA ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK ZA IZBOLJŠANJE VIDA številka: _____ **B**

MODULO D' ORDINE PER DISPOSITIVO MEDICO PER LA CORREZIONE DELLA VISTA numero

1 - IZVAJALEC / OPERATOREŠTEVILKA
IZVAJALCA /
CODICE DELL'
OPERATOREŠIFRA ZDR.
DEJAVNOSTI /
CODICE DELL'
ATTIVITÀ
SANITARIA

(naziv izvajalca / denominazione dell' operatore)

2 - ZDRAVNIK / MEDICO

(številka zdravnika / codice del medico)

(ime in priimek, poklicna kvalifikacija / nome e cognome, qualificazione professionale)

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)

**4 - RAZLOG OBRAVNAVE /
MOTIVAZIONE DEL TRATTAMENTO**

1 - BOLEZEN / MALATTIA

2 - POŠKODBA IZVEN DELA /
INFORTUNIO FUORI DAL
LAVORO3 - POKLICNA BOLEZEN /
MALATTIA PROFESSIONALE4 - POŠKODBA PRI DELU /
INFORTUNIO SUL LAVORO5 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN
DELA / INFORTUNIO FUORI DAL LAVORO
CAUSATO DA TERZI**5 - NAČIN DOPLAČILA /
MODALITÀ DI PAGA-
MENTO
SUPPLE-
MENTARE**1 - BREZ DOPLAČILA /
PAGAMENTO SUPPLEMENTA-
RE NON PREVISTO2 - ZAVAROVANA OSEBA /
ASSISTITO/A3 - ZAVAROVALNICA /
COMPAGNIA ASSICURATIVA**6 - TUJI
ZAVAROVANEC /
ASSISTITO/A
STRANIERO/A**

(šifra države / codice del Paese)

7 - PZZ / POLIZZA ASSICURATIVAPZZ ZAVAROVANJA / ŠTEVILKA POLICE /
COMPAGNIA ASSICURATIVA / NUMERO DI POLIZZAŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJAJA DO /
CODICE DI ASSICURAZIONE / VALIDA FINO AL**8 - ODLOČBA / DECISIONE**1 - IMENOVANEGA
ZDRAVNIKA /
DEL MEDICO
DESIGNATOODLOČBA ŠT. /
N. DECISIONE2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE /
DELLA COMMISSIONE MEDICADNE /
IL**9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA / CONTATTI DEL MEDICO**

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

(telefonska številka / numero telefonico)

(naslov / indirizzo)

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

1 - IZDA / FORNITO

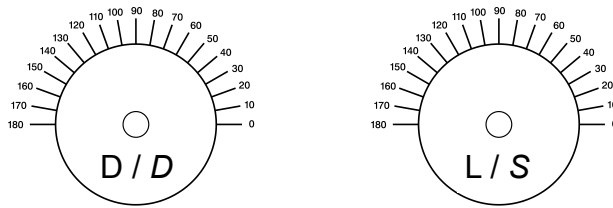
2 - IZDELA / ELABORATO

(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)	(šifra vrste / codice tipologia)	(datum možnega prejema / data del possibile ritiro)
(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)	(šifra vrste / codice tipologia)	(datum možnega prejema / data del possibile ritiro)
(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)	(šifra vrste / codice tipologia)	(datum možnega prejema / data del possibile ritiro)
(naziv vrste medicinskega pripomočka / classificazione tipologia dispositivo medico)	(šifra vrste / codice tipologia)	(datum možnega prejema / data del possibile ritiro)

Kraj / _____ dne / _____ žig / _____
Luogo _____ il _____ timbro _____
podpis zdravnika / firma del medico

Naročilnico predložite pogodbenemu optiku 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 ottico convenzionato 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.

Opomba / Nota:



Uporaba / Uso		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
Za daljavo / Da lontano	D.o. / O.d.					
	L.o. / O.s.					
Za bližino / Da vicino	D.o. / O.d.					
	L.o. / O.s.					

Leče / Lenti		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Diam.	Basis curve
	D.o. / O.d.						
	L.o. / O.s.						

Zenična razdalja / Distanza pupillare [] Vrsta stekel / Tipo di vetro []

Vrsta kontaktnih leč / Tipo di lenti a contatto []

Teleskopska očala – daljava / Occhiali telescopici – da lontano []

Teleskopska očala – bližina / Occhiali telescopici – da vicino []

Lupa (povečava) / Lente d'ingrandimento []

Opomba / Nota: []

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

Naročilnica je bila predložena optiki dne / Il modulo d'ordine è stato presentato all'ottico il []

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

Kraj / Luogo [] dne / il [] žig / timbro []
podpis optika / firma dell'ottico

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

Kraj / Luogo [] dne / il [] []
podpis zavarovane osebe / firma dell'assistito/a