

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

LÁTÁSJAVÍTÓ SEGÉDESZKÖZT MEGRENDELŐ VÉNY száma:

1 - IZVAJALEC / SZOLGÁLTATÓ

ŠTEVILKA IZVAJALCA / A SZOLGÁLTATÓ NYILVÁNTARTÁSI SZÁMA	SÍFRA ZDR. DEJAVNOSTI / AZ EGÉSZSÉGÜGYI TEVÉKENYSÉG KÓDJA
(náziv izvajalca / a szolgáltató megnevezése)	

2 - ZDRAVNIK / ORVOS

(številka zdravnika / az orvos nyilvántartási száma)
(ime in priimek, poklicna kvalifikacija / utónév és név, szakképesítés)

3 - ZAVAROVANA OSEBA / BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY

(številka zavarovane osebe / a biztosított személy száma)	(datum rojstva / születési dátum)
(priimek / utónév)	
(ime / név)	
(ulica in hišna številka / utca, házzszám)	
(poštna številka / irányítószám)	(kraj / hely)

4 - RAZLOG OBRAVNAVE / A KEZELÉS OKA

- BOLEZEN / BETEGSÉG
- POŠKODBA IZVEN DELA /
MUNKAHELYEN KÍVÜLI
SÉRÜLÉS
- POKLICNA BOLEZEN /
FOGLALKOZTATÁSI MEGBETEGETÉDÉS
- POŠKODBA PRI DELU /
MUNKAHELYI SÉRÜLÉS
- POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN
DELA / MUNKAHELYEN KÍVÜLI, HARMADIK
SZEMÉLY ÁLTAL OKOZOTT SÉRÜLÉS

5 - NAČIN DOPLAČILA / AZ ELSZÁMOLÁS MÓDJA

- BREZ DOPLAČILA /
TOBBLETTFIZETÉS NÉLKÜL
- ZAVAROVANA OSEBA /
BIZTOSÍTOTT SZEMÉLY
- ZAVAROVÁLNICA /
BIZTOSÍTÓ

6 - TUJI ZAVAROVANEC / KÜLFÖLDI BIZTOSÍTOTT

(sifra države / országkód)

7 - PZZ / ÖEB

PZZ ZAVAROVÁLNICA / ŠTEVILKA POLICE /
ÖEB BIZTOSÍTÓ / SZERZŐDÉS SZÁMA

ŠIFRA ZAVAROVANJA / VELJADO /
A BIZTOSÍTÁS KÓDJA / ÉRVÉNYES -IG

8 - ODLOČBA / HATÁROZAT

1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA / ELJÁRÓ ORVOS	ODLOČBA ŠT. / HATÁROZAT SZ.
2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE / ORVOSBIZOTTSÁG	DNE / KELT

9 - KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA / AZ ORVOS ELÉRHETŐSÉGE

(e-poštni naslov zdravnika / az orvos e-posta címe)	
(telefonska številka / telefonszám)	(naslov / cím)

10 - ZAVAROVANI OSEBI NAJ SE MEDICINSKI PRIPOMOČEK / A BIZTOSÍTOTT SZEMÉLYNEK A LÁTÁSJAVÍTÓ SEGÉDESZKÖZ

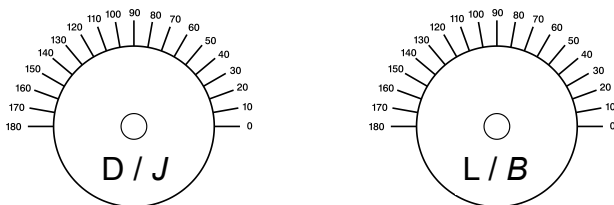
- IZDA / KERÜLJÖN KIADÁSRA
- IZDELA / KERÜLJÖN KIDOLGOZÁSRA

(náziv vrste medicinskega pripomočka / a látásjavító segédeszköz kategóriájának megnevezése)	(sifra vrste / a kat. kódja)	(datum možnega prejema / a lehetséges átvétele dátuma)
(náziv vrste medicinskega pripomočka / a látásjavító segédeszköz kategóriájának megnevezése)	(sifra vrste / a kat. kódja)	(datum možnega prejema / a lehetséges átvétele dátuma)
(náziv vrste medicinskega pripomočka / a látásjavító segédeszköz kategóriájának megnevezése)	(sifra vrste / a kat. kódja)	(datum možnega prejema / a lehetséges átvétele dátuma)
(náziv vrste medicinskega pripomočka / a látásjavító segédeszköz kategóriájának megnevezése)	(sifra vrste / a kat. kódja)	(datum možnega prejema / a lehetséges átvétele dátuma)

Kraj / Hely _____ dne / dátum _____ žig / pecsét _____
podpis zdravnika / az orvos aláírása

Naročilnico predložite pogodbenemu optiku najkasneje 30. dan od datuma možnega prejema ali prejema naročilnice s strani ZZS, sicer ne velja več /
A SZEBI által kiadott megrendelő vényt a kiadás dátumától 30 napon belül nyújtsa át a szerződéses optikusnak, egyébként a vény érvénytelenné válik.

Opomba / Megjegyzés:



Uporaba / Használat		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
Za daljavo / Távollátásra	D.o. / J.o.					
	L.o. / B.o.					
Za bližino / Közellátásra	D.o. / J.o.					
	L.o. / B.o.					

Leće / Lencse		Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Diam.	Basis curve
	D.o. / J.o.						
	L.o. / B.o.						

Zenična razdalja / Pupillatávolság Vrsta stekel / Üveg fajtája

Vrsta kontaktnih leč / Kontaktlencse fajtája

Teleskopska očala – daljavo / Teleszkópos szemüveg – távollátó

Teleskopska očala – bližina / Teleszkópos szemüveg – közellátó

Lupa (povečava) / Nagyítóüveg

Opomba / Megjegyzés:

Garancija za izdani medicinski pripomoček velja do / A kiadott egészségügyi segédeszköz szavatossága: -ig érvényes.

Naročilnica je bila predložena optiki dne / A megrendelő optikusnak való átadásának dátuma: .

Potrjujem izdajo medicinskega pripomočka / Igazolom a látásjavító segédeszköz kiadását.

Kraj / Hely dne / dátum žig / pecsét
podpis optika / az optikus aláírása

Potrjujem prejem medicinskega pripomočka / Igazolom a látásjavító segédeszköz átvételét.

Kraj / Hely dne / dátum
podpis zavarovane osebe / a biztosított személy aláírása